

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1899-1900

N° 21.

DE
L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE
TOTALE

PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 28 mars 1900, à 3 heures

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges Magloire DROUART

Né à Le Thour (Ardennes), le 16 mars 1873.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. HERGOTT, professeur	Président.
		CHRÉTIEN, professeur	
		SCHUHL, agrégé	Juges.
		BOUIN, agrégé.	

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.**

NANCY
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE DE L'EST

51, Rue Saint-Dizier, 51

1900

ERRATA

Page 4 et suivantes, Hergott, lire *Herrgott*.

Page 19, avant observation XV, *Groupe Fibromes*.

Page 85, ligne 11, rétrécissement du bassin, lire rétrécissement
extrême du bassin.

Page 86, ligne 18, ischio pubiotomé, lire *ischio pubiotomie*.

Page 86, ligne 25 et suivantes, Riquois, lire *Riquoir*.

Page 104, ligne 14, matière, lire *nature*.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1899-1900

N° 21.

DE
L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE
TOTALE

PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 28 mars 1900, à 3 heures

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

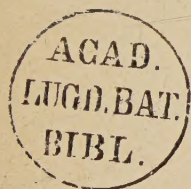
PAR

Georges Magloire DROUART

Né à Le Thour (Ardennes), le 16 mars 1873.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. HERGOTT, professeur	Président.
		CHRÉTIEN, professeur	Juges.
		SCHUHL, agrégé	
		BOUIN, agrégé.	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.



NANCY
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE DE L'EST

51, Rue Saint-Dizier, 51

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS, *, I.

Assesseur : M. BERNHEIM, *, I.

Professeurs honoraires : MM. HERRGOTT, *, I, HECHT, *, I, BEAUNIS, *,.

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM, *, I, professeur.
Clinique chirurgicale	M. GROSS, *, I, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. WEISS, I, professeur.
Chimie médicale et toxicologie....	M. GARNIER, I, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I, professeur.
Clinique obstétricale et accouche- ments.....	M. A. HERRGOTT, I, professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I, professeur.
Hygiène	M. MACÉ, I, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale.	M. SCHMITT, I, professeur.
Anatomie pathologique	M. BARABAN, I, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, I, professeur.
Physiologie	M. MEYER, A, professeur.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, I, professeur.
Histologie.....	M. PRENANT, I, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, I, professeur.
Clinique ophtalmologique.....	M. ROHMER, I, professeur.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des vieillards.	M. P. PARISOT, I, agrégé libre, chargé du cours.
Clinique des maladies des enfants...	M. HAUSHALTER, A, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	M. FÉVRIER, *, A, agrégé, chargé du cours.
Accouchements.....	M. SCHUHL, A, ag. ch. du cours.
Pathologie externe	M. VAUTRIN, A, agrégé libre, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN, I.	MM. ZILGIEN.	MM. JACQUES, A.
HAUSHALTER, A.	GUILLOZ, A.	LAMBERT.
FÉVRIER, *, A.	FRÉLICH A.	ANDRÉ.
ETIENNE.	SCHUHL. A.	BOUIN.

Agrégés libres : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, *, I, VAUTRIN, A, REMY, A, P. PARISOT, I.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, (M), A, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MA FIANCÉE BIEN-AIMÉE,

A MON PÈRE ET A MA MÈRE,

Témoignage de profonde reconnaissance

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A M. Le Professeur HARMAN, de Reims.

A mon Président de Thèse,

M. le Professeur ALPHONSE HERGOTT,

Professeur de Clinique obstétricale,

Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

A M. le Professeur agrégé SCHUHL.

INTRODUCTION

Au mois de janvier 1898, le docteur Schuhl, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, appelé à visiter une malade atteinte d'un volumineux fibrome utérin, fut amené, à la suite de son examen, à diagnostiquer chez cette personne un état de grossesse datant d'environ sept mois.

La malade, mise en observation, ne put être délivrée spontanément un mois plus tard.

L'opération discutée, choisie et pratiquée par le professeur agrégé Vautrin, fut une hystérectomie abdominale totale. Le résultat fut excellent, la malade guérit rapidement, nous en publions l'observation telle qu'elle fut présentée par MM. Schuhl et Vautrin dans le journal *l'Obstétrique* du 15 mars 1899.

C'est à la suite de cette observation et sur les conseils de notre maître, le professeur Schuhl, que nous avons entrepris de rechercher, dans la *Littérature médicale*, les observations d'hystérectomie abdominale totale au cours de la grossesse et de l'accouchement.

C'est ce travail que nous présentons aujourd'hui comme sujet de notre thèse inaugurale.

Mais avant d'aborder ce sujet, nous saisissons avec empressement l'occasion qui nous est donnée, au terme de nos études, de remercier tous nos maîtres de la Faculté, à qui nous devons nos connaissances médicales.

Qu'il nous soit permis de remercier bien vivement M. le professeur Alphonse Hergott du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse ; nous nous souviendrons toujours de ses savantes et éloquentes cliniques à la Maternité.

M. le professeur agrégé Schuhl, dont nous avons été à même d'apprécier, en plusieurs circonstances, la bienveillante sympathie à notre égard, nous a indiqué le sujet de notre thèse et ne nous a épargné ni son temps ni ses conseils ; nous emportons de ce maître un excellent souvenir.

Que MM. les professeurs Gross et Bernheim, nos maîtres dans les hôpitaux, veuillent bien agréer ici le témoignage de notre vive gratitude, pour les précieux enseignements qu'ils nous ont donnés au lit du malade.

M. le professeur agrégé Bouin nous a toujours témoigné beaucoup d'intérêt, nous l'en remercions vivement.

Ancien élève de l'école de Reims, nous n'oublions pas ce que nous devons à tous nos maîtres qui ont guidé nos premiers pas dans la carrière médicale, — il est un de ces maîtres envers lequel nous sommes tout particulièrement redevable. M. le professeur Harman nous a prodigué tant de marques de sollicitude et de bonté, que jamais nous ne pour-

rons nous acquitter de la lourde dette que nous avons contractée envers lui. Il peut compter sur notre éternelle reconnaissance et notre dévouement le plus absolu.

Merci de tout cœur à M. le docteur Lefranc, de Rethel, pour toutes les marques d'intérêt qu'il nous a données à maintes reprises et l'excellent accueil qu'il nous a toujours réservé.

Merci à nos camarades Panau et D'Hotel, qui ont bien voulu nous accorder leur amitié.

Nous tenons à remercier tout particulièrement nos excellents amis Desjardins et Frélier, pour leur collaboration si précieuse dans le cours de nos études et surtout pour cette franche et cordiale amitié dont ils ont toujours été si prodigues pour nous et qu'ils voudront bien nous continuer toujours, nous l'espérons.

PLAN

Notre plan sera le suivant :

Dans un premier chapitre nous avons commencé par faire un historique de l'hystérectomie abdominale totale appliquée à l'obstétrique ; nous y montrons, de la façon la plus complète que nous avons pu, l'histoire de cette opération, le moment où elle entre dans une autre voie et où elle en est en ce moment.

Le second chapitre est réservé à l'exposé des observations que nous avons pu trouver en France et à l'étranger.

De la lecture et de la discussion de ces observations nous ferons tout notre possible pour en déduire le troisième chapitre, celui des indications de l'opération.

Dans le quatrième chapitre, nous examinerons le pronostic de cette opération.

Nous faisons ensuite un parallèle entre l'hystérectomie abdominale totale, la symphyséotomie, l'opération césarienne et le Porro.

Les conclusions terminent ce travail.

Nous avons fait de notre mieux pour réunir des indications bibliographiques claires et complètes. Nous n'avons pas suivi la coutume de l'ordre alphabétique par noms d'auteurs ; nous avons préféré l'ordre des dates.

HISTORIQUE

L'hystérectomie abdominale totale n'est entrée que depuis peu, environ une vingtaine d'années, dans le domaine obstétrical ; c'est-à-dire que ce nouveau mode d'intervention pour les différentes formes de dystocie d'origine maternelle n'a été employé que dans un nombre de cas tout à fait restreint.

La première application de ce procédé a été faite le 27 octobre 1879 par Schröder ; appelé près d'une femme III paré en travail, atteinte d'un cancer du col de l'utérus, qui rendait impossible tout accouchement par les voies naturelles, le chirurgien de Munich fut amené à pratiquer une opération césarienne. L'enfant en état de mort apparente, put être ranimé ; l'opération césarienne permit à l'opérateur de constater les limites peu étendues du cancer, aussi eut-il l'idée de joindre, à la délivrance de la parturiente, la cure radicale de l'affection cancéreuse dont elle souffrait. Il pratiqua dans cette intention une hystérectomie abdominale totale.

La femme mourut le lendemain.

Si nous avons rapporté ici cette observation, c'est que nous l'avons jugée utile pour fixer un point d'historique de la question, car l'hystérectomie abdominale totale, appliquée à l'obstétrique, a été

jusqu'à ce jour injustement qualifiée du nom d'opération de Freund. Le chirurgien de Strasbourg ne fit pourtant cette opération qu'en 1888, c'est-à-dire 9 ans après celle de Schröder, dont l'exemple avait d'ailleurs été suivi par Bischoff, de Bâle ; Fochier, de Lyon et Spencer Wells.

Cette question de paternité étant fixée, abordons l'histoire de plus près. Ce fut Caruso, qui, le premier, réunit quelques observations où l'opération de Freund fut pratiquée pour différents cas de dystocie ; il cite en effet, dans les annales d'obstétrique et de gynécologie italiennes de 1892 à 1894, 11 cas d'extirpation totale de l'utérus dont un pour bassin ostéomalacique : c'est là le premier travail paru à ce sujet. Mais le principal, nous pouvons dire le seul travail d'ensemble paru jusqu'à ce jour sur ce sujet, c'est celui que MM. Varnier et Delbet, à l'occasion d'une observation personnelle, firent paraître dans les annales de gynécologie de 1897 où ils rassemblèrent et analysèrent en détail les 27 observations qu'ils avaient pu recueillir dans toute la littérature médicale, jusqu'au moment de leur publication.

A ce tableau nous pouvons ajouter 16 observations nouvelles, dont une a été prise à la Faculté de Nancy, celle des docteurs Schuhl et Vautrin. Les autres, éparses dans la littérature médicale, n'ont donné, lieu de la part de leurs auteurs, qu'à quelques commentaires sur la manière de procéder et le mérite de l'hystérectomie abdominale totale dans chaque cas particulier.

Ce tableau, où nous passons en revue les observations parues jusqu'à ce jour, montre de la façon la plus claire que l'on peut diviser en deux phases, en deux époques cette période de vingt années pendant laquelle l'hystérectomie abdominale totale fut appliquée à la thérapeutique obstétricale.

Une première période s'étend de 1879 à 1893 pendant laquelle cette opération fut réservée presque exclusivement aux cancers du col de l'utérus compliquant la grossesse. Une deuxième période commence en 1893 pendant laquelle l'hystérectomie abdominale totale n'est plus pratiquée que pour remédier à des grossesses compliquées de fibromyomes de l'utérus, de bassins viciés ou autres causes de dystocie.

Comme on peut le remarquer, cette première période correspond à cette époque où la chirurgie hardie, presque téméraire, s'attaquait vigoureusement au cancer, se croyant un pouvoir curateur réel.

Depuis, l'hystérectomie abdominale obstétricale, comme la chirurgie cancéreuse en général, en présence de son insuffisance, de son inefficacité trop fréquenté malheureusement, est devenue beaucoup plus réservée dans ses moyens d'action, beaucoup plus restreinte en ses indications, comme nous le verrons au chapitre des indications de l'opération.

Vu le petit nombre d'observations que nous avons pu recueillir, nous nous croyons autorisé à les présenter sous forme d'un tableau par ordre chronolo-

gique où nous mettons à côté de la date, le nom de l'opérateur et celui de la cause de dystocie.

DATES	OPÉRATEURS	INDICATIONS
27 octobre 1879.	SCHROEDER.	Cancer.
17 déc. 1879.	BISCHOFF.	Cancer.
21 octobre 1881.	SPENCER-WELLS.	Cancer.
21 octobre 1885.	SCHROEDER.	Cancer.
15 mars 1888.	FOCHIER.	Cancer.
28 juin 1888.	FREUND.	Cancer.
14 nov. 1888.	A. MARTIN.	Fibromyome.
12 déc. 1888.	J. MURPHY.	Cancer.
14 déc. 1889.	A. MARTIN.	Kyste de l'ovaire.
1 ^{er} avril 1890.	MACKENROD.	Cancer.
9 déc. 1890.	FRITSCH.	Cancer.
janvier 1891.	FRITSCH.	Fibrome.
nov. 1891.	MACKENROD.	Cancer.
4 juillet 1892.	MACKENROD.	Cancer.
6 juillet 1892.	LANNELONGUE.	Fibromyome.
7 janvier 1893.	ROSSI.	Bassin-ortéo-malacique.
mars 1894.	RIEPPi.	Bassin rachitique.
27 avril 1894.	RIEPPi.	Bassin rachitique.
17 juillet 1894.	SCHAUTA.	Bassin-ortéo-malacique.
15 juin 1895.	RIEPPi.	Bassin rachitique.
15 juin 1895.	VON OTT.	Cancer.
9 juillet 1895.	GUERMONPREZ.	Fibrome.
9 juillet 1895.	FEHLING.	Carcinome.
9 juillet 1895.	DOWMANN.	Fibrome.
6 mai 1896.	GUTTIEREZ.	Fibrome.
6 mai 1896.	KUFFERATH.	Fibrome.
31 août 1896.	VARNIER et DELBET	Fibrome.
31 août 1896.	Ch. MONOD.	Fibrome.
13 mai 1896.	DELAGENIÈRE.	Rupture utérine.
21 juin 1896.	PANTALONI.	Bassin coxalgique
16 déc. 1896.	PINARD et SEGOND.	Bassin rachitique.
28 janvier 1897.	PINARD et SEGOND.	Bassin rachitique.

DATES	OPÉRATEURS	INDICATIONS
11 juin 1897.	MONPROFIT.	Fibrome.
17 août 1897.	MONPROFIT.	Fibrome.
sept. 1897.	MOUCHET.	Fibrome.
27 sept. 1897.	GUTTIEREZ.	Fibrome.
janvier 1898.	VAUTRIN et SCHUHL	Fibrome.
janvier 1898.	WERTHEIM.	Fibrome.
4 sept. 1898.	VARNIER et HART- MANN.	Infection puerpé- rale.
octobre 1898.	WEHLE.	Rupture utérine.
octobre 1898.	SIEDENTOPF.	Infection puerpé- rale.
9 nov. 1899.	DELAGÉNIÈRE.	Infection puerpé- rale.

A ces observations nous pouvons en ajouter sept pour ruptures utérines ; observations puisées dans le traité de MM. Tarnier et Budin, sur lesquelles nous n'avons pas de détails. Toutefois nous les ferons entrer en ligne de compte dans notre chapitre Pronostic, puisque nous en connaissons les résultats.

Ce mode d'intervention pour rupture utérine fut appliqué par un accoucheur polonais Krajewsky. Sa première opération eut lieu le 2 novembre 1890 ; depuis l'hystérectomie abdominale totale pour ruptures utérines a été pratiquée deux autres fois par Krajewsky lui-même, deux fois par Gromadski, une fois par Natanson, une fois par Jasinski.

OBSERVATIONS

Nous classerons nos observations en trois grands groupes.

1° Celles qui ont rapport aux cancers compliquant la grossesse ;

2° Celles qui ont rapport aux fibromyomes ;

3° Le troisième groupe sera celui des bassins viciés que nous classerons en bassins rachitiques ostéomalaciques et bassins viciés par lésions des membres inférieurs ou de la colonne vertébrale.

Viendront ensuite les observations qui ont trait à des hystérectomies abdominales totales faites pour remédier soit à une rupture utérine, soit à une infection puerpérale, en tous cas, observations peu nombreuses jusqu'à ce jour.

Nous croyons inutile de suivre ici, dans cette série d'observations, un ordre chronologique puisque nous avons publié, dans le chapitre « historique », un tableau complet.

CANCERS

OBSERVATION I

(SCHROEDER: *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, t. XII, p. 280).

III pare en travail ayant un cancer du col. Température 39°5. Enfant vivant présentant le sommet. Opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale.

La femme mourut le lendemain, l'enfant en état d'asphyxie ne fut pas ranimé.

OBSERVATION II

(BISCHOFF. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, t. X, p. 14).

VIII pare, de 41 ans. Grossesse de 8 mois et cancer du col; femme épuisée par des hémorragies répétées. L'opération césarienne fut suivie d'opération de Freund, il y eut une hémorragie grave pendant l'opération rendue difficile par la propagation du cancer ou paramétrium gauche, on a lié l'uretère gauche.

La femme mourut quelques heures après de collapsus. L'enfant, une fille, fut retirée vivante et pesait 3,200 grammes.

Cette opération ayant été faite en 1879, l'enfant fut revue vivante en 1883.

OBSERVATION III

(SPENCER-WELLS. *Méd. chirurg. Transact*, Londres 1882, t., XLV., p. 25 à 37).

III pare. Grossesse de 6 mois, épithélioma du col. Au cours d'une tentative d'hystérectomie abdominale totale sans évacuation préalable de l'utérus, celui-ci est ouvert en disséquant la vessie, ponction de l'œuf, extraction du fœtus et terminai-

son de l'hystérectomie. Durée 1 heure. Sutures, pas de drainage. Guérison opératoire. La malade se lève le 28^e jour, bien que le 8^e jour une complication soit survenue, les sutures abdominales ayant été enlevées, la plaie se désunit par vomissements et une anse d'intestin fait hernie au dehors. — Réduction et suture. — L'enfant, pesant 670 grammes, est mort.

OBSERVATION IV

(SCHRÖDER. *Gesellsch. f. Geb. u. Gyn.*, Berlin, 27 nov. 1885, in *Centralbl. f. Gyn.* 1886, p. 10.)

Femme en travail prématuré, sept semaines avant terme. Cancer du col. Fièvre, putréfaction, souffrance du fœtus. Opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale. Blessure de la vessie. La malade mourut 5 heures après de péritonite à streptocoques. L'enfant asphyxié ne fut pas ranimé.

OBSERVATION V

(MURPHY. *British med. journal*, 10 octobre 1891, p. 795).

V pare, 33 ans. Cancer du col. Amenée de la ville, le travail durant depuis 4 jours ; la malade est épuisée par des hémorragies répétées. Le fœtus est mort, les membranes sont intactes. Laparotomie, pour économiser le temps et le sang, l'utérus est extirpé sans ouverture préalable. Ligature et section des ligaments larges : incision transversale antérieure pour libérer la vessie et ouvrir le vagin, id. postérieure. Pinces de péan sur les parois du vagin. Section de celui-ci, extirpation de l'utérus, drainage (tube de verre) par la brèche vaginale.

La malade mourut au bout de 48 heures d'épuisement. A l'autopsie ni péritonite, ni carnisose péritonéale.

OBSERVATION VI

(FOCHIER *Lyon médical*, 13 mai 1888, p. 58).

VI pare, de 38 ans, en travail depuis 10 jours, à terme, cancer du col. Pas de fièvre, enfant mort, opération césarienne

suivie d'hystérectomie abdominale totale (du pus s'écoule à l'ouverture de l'abdomen). L'opérée mourut au bout de 79 heures, de péritonite purulente. L'enfant était mort avant l'intervention.

OBSERVATION VII

(FREUND. *Zeitsch f. Geb. un Gyn.*, t. XVII, p. 110.)

V pare, cachectique, 33 ans, en travail depuis 48 heures, à 8 mois 1/2. Cancer du col étendu au paramétrium, surtout à gauche. Opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale. Morte sur la table. Anémie et collapsus cardiaque. Enfant vivant est gros et fort.

OBSERVATION VIII

(MACKENROD. E. HERNANDEZ. *Traitement du cancer de l'utérus gravide*, in-8°, Paris, 1893, Steinheil, p. 29.)

VII pare, de 34 ans, exsangue, hémorragies incessantes depuis 4 mois. Grossesse de 6 mois et cancer du col. Transfusion. Hystérectomie abdominale totale sans évacuation préalable de l'utérus (Voir Manuel opératoire in *Ann. de Gynécologie*, t. XVII, p. 88).

L'opérée meurt le lendemain de collapsus, malgré une nouvelle transfusion. Autopsie. Anémie profonde de tous les organes.

OBSERVATION IX

(MACKENROD. E. HERNANDEZ. *Traitement du cancer de l'utérus gravide*, in-8°, Paris, 1873. Steinheil, p. 29.)

V pare, de 35 ans. Grossesse de 6 mois et cancer du col. Même opération que ci-dessus, durée 48 minutes. Guérison opératoire, sortie le 26^e jour. Morte 7 mois après de cancer intestinal, laparotomie, résection et anus contre nature, morte le 7^e jour.

OBSERVATION X

(FRITSCH. H. MÖLLER. *Centralbl. f. Gyn.* 1892, n° 6, p. 99.)

VII pare, 35 ans, à terme, à la clinique depuis plusieurs jours, en travail depuis la veille. Cancer de la portion vaginale étendu à la paroi postérieure du vagin et au paramétrium droit. Opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale, durée 2 heures, drainage vaginal à la gaze iodoformée (enlevé le 6^e jour). Guérison après longue suppuration. Les sutures abdominales ayant été enlevées le 7^e jour, la plaie se désunit par vomissements et une anse d'intestin fait hernie au dehors. Réduction et suture. L'enfant vivant pèse 3,000 grammes.

OBSERVATION XI

(MACKENROD. E. HERNANDEZ. *Traitement du cancer de l'utérus gravide*, in-8°, Paris, 1893. Steinheil, p. 29.)

IV pare. Grossesse de 5 mois, cancer du col. Même opération que ci-dessus. Guérison opératoire. Opérée en 1892, elle fut revue en bon état en février 1893.

OBSERVATION XII

(FEHLING. *Répertoire annuel sur les progrès de l'obstétrique et de la gynécologie*, année 1895, Wiesbaden, B. II, p. 345.)

VII pare, femme de 32 ans, dans la dernière grossesse, pertes de sang, carcinôme du col utérin, opération de Perro au septième mois de la grossesse, et ablation du moignon par voie vaginale, parce que le carcinôme était limité à la portion vaginale et aux paramétriums libres. — Guérison. — L'enfant mourut peu après de faiblesse congénitale.

OBSERVATION XIII

(VON OTT. *Saint-Pétersbourg*, Journal mensuel d'*Obstétrit*
de *Gynécol.* B. III, p. 166.)

Carcinôme du col fortement développé au neuvième mois de la grossesse, accouchement par voie naturelle impossible. Opération césarienne et extirpation totale de l'utérus. — Guérison. — Enfant vivant.

OBSERVATION XIV

(MARTIN. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* t. XX, p. 113).

Femme de 28 ans, laparatomie il y a un an pour tumeur ovarienne. Grossesse de 3 à 4 mois compliquée de tumeur intraligamentaire gauche polykystique une fois plus grosse qu'une tête d'enfant. — Laparotomie et extirpation totale de l'utérus. — Drainage par le vagin.

L'opérée guérie sort le 16^e jour.

OBSERVATION XV

(DR^s VAUTRIN et SCHUHL, agrégés à la Faculté de médecine de Nancy.
L'obstétrique, mars 1899).

Fibromes utérins. — Hystérectomie abdominale totale pendant le travail. — Guérison.

M^{me} K..., âgée de 43 ans, habitant Nancy, est adressée à l'un de nous en janvier 1898, pour une tumeur abdominale, qui, depuis quelques semaines, subissait une augmentation de volume appréciable et causait de vives douleurs dans le ventre. La malade portait depuis vingt ans un fibrome utérin qui avait été dûment constaté, mais qui n'avait jamais amené de troubles sérieux. Dès le début de son mariage, on avait annoncé à M^{me} K..., qu'elle n'était pas susceptible d'avoir des enfants ; aussi vivait-elle dans l'illusion qu'une grossesse ne devait jamais lui échoir en partage.

En examinant attentivement la malade, on constatait en effet, dans le ventre, la présence d'une tumeur irrégulière, volumineuse, remontant au-dessus de l'ombilic. A gauche, il existait un lobe assez dur, résistant et fixe ; à droite, la tumeur était moins solide, résistante, plus régulière ; elle s'allongeait vers l'espace sous-hépatique.

Au toucher, le col était assez ramolli, un peu gros et placé à peu près en position centrale dans le vagin. Dans le cul-de-sac antérieur on sentait un lobe dur, impossible à repousser ; dans les culs-de-sac latéraux on percevait la même résistance.

En arrière du col, le doigt rencontrait difficilement la tumeur.

A l'examen au spéculum, on était frappé par l'existence d'une coloration violacée assez intense du col et des parois vaginales, c'est ce caractère particulier qui fit penser de suite à la coexistence d'une grossesse avec un fibrome.

L'auscultation pratiquée avec soin fit percevoir des battements fœtaux à égale distance du pubis et de l'ombilic, et un peu à droite.

En interrogeant la malade, on apprenait qu'elle avait toujours été réglée assez régulièrement jusqu'à la fin du mois de juillet précédent, que depuis cette époque elle n'avait plus eu d'époques menstruelles, et qu'enfin depuis un mois elle avait remarqué l'existence d'une leucorrhée assez abondante.

Malgré les troubles assez accentués qu'accusait la malade, on lui conseilla de rentrer chez elle et de se soumettre à la surveillance d'un médecin.

Le 26 février, la femme remarque l'existence d'un écoulement sanguin peu abondant au niveau des parties génitales.

A cette époque le fond de l'utérus arrive à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; cet organe est incliné à droite ; sa surface est irrégulière. Au niveau du fond et à gauche, se trouve une saillie formée par un fibrome du volume d'une grosse orange. En bas et à gauche, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale, on sent une autre saillie qui paraît également être un fibrome du même volume que celui de la partie supérieure. On reconnaît la tête fœtale à l'extrémité supérieure de l'utérus et à droite. Les battements redoublés du fœtus sont entendus à droite. Par le toucher vaginal, le col est trouvé fortement dévié à gauche, près de la ligne innominée : ce col a

toute sa longueur, est entr'ouvert et contient un caillot dans sa cavité. Le fibrome senti par la palpation à la partie inférieure à gauche de l'utérus, n'est pas atteint par le toucher vaginal, ne plonge pas dans l'excavation. Mais un autre fibrome, dur, du volume d'un œuf de poule, se trouve à droite du col et plonge dans le petit bassin, dont il occupe la moitié droite. On n'atteint aucune partie fœtale par le toucher vaginal.

L'écoulement sanguin fait penser qu'il y a très probablement insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus. Cet écoulement disparut rapidement, mais un autre fait anormal attira notre attention les jours suivants. C'est un œdème considérable, indolent, du membre inférieur gauche, c'est-à-dire du côté correspondant au fibrome situé au-dessus de l'arcade crurale.

Le 16 mars, à onze heures du soir, la malade eut une forte hémorragie utérine ; elle perdit environ 400 grammes de sang. L'écoulement sanguin s'arrêta spontanément et avait cessé à notre arrivée auprès d'elle. Nous sentons alors nettement dans le col la surface du placenta, et remarquons également que le fibrome du petit bassin a presque doublé de volume depuis le 26 février.

Le travail débuta dans la nuit du 19 au 20 mars, à une heure du matin, le 20 mars, la femme perdit les eaux en même temps qu'il y eut un écoulement d'environ 300 grammes de sang. On examine la parturiente à quatre heures du matin, et on trouve le col à peu près au centre de l'excavation, effacé et ouvert comme une pièce de un franc. Le placenta occupe la partie postérieure de l'orifice utérin ; une anse du cordon ombilical animé de battements irréguliers est dans la moitié antérieure de cet orifice. Aucune partie fœtale n'est accessible au toucher. Le fibrome fait un peu saillie dans la moitié droite du petit bassin.

Comme l'hémorragie utérine se reproduit, l'un de nous, avec l'aide du docteur Georges Etienne, introduit dans l'utérus un grand ballon de Champetier de Ribes qu'on remplit incomplètement.

A 10 heures du matin, l'orifice utérin a les dimensions d'une pièce de 5 francs. Le ballon est retiré, puis introduit une deuxième fois et, à quatre heures du soir, la dilatation est

grande comme une petite paume de main, en même temps qu'on trouve le fibrome pelvien un peu plus élevé que précédemment. A ce moment nous nous proposons d'introduire une main dans l'utérus, pour tâcher d'atteindre un pied du fœtus et l'attirer dans le vagin. La femme est chloroformée; mais la main introduite dans l'utérus est arrêtée à trois centimètres environ au-dessus du détroit supérieur par les deux fibromes situés à droite et à gauche de la partie inférieure de la matrice. Ces deux fibromes, saillants à la face externe de l'utérus, font également saillie à la face interne et ne permettent que l'introduction de trois doigts dans l'espace qu'ils limitent. Ces doigts atteignent avec peine une partie fœtale, molle, très élevée, qu'il est impossible de saisir, située au-dessus du canal étroit qui existe entre les deux fibromes. Les résultats de cette exploration ne permettaient pas d'espérer un accouchement par les voies naturelles.

M^{me} K... entra chez les sœurs de Niederbronn, rue Sainte-Marie, le 20 mars au soir. Elle fut aussitôt préparée pour l'intervention qui devait avoir lieu le lendemain, par des injections fréquentes, un savonnage général et une antiseptie sévère du vagin et de la vulve. A ce moment, on constatait un œdème général et indolent du membre inférieur gauche. La température le soir était de 37° 8, le pouls 112.

Le 21, à 9 heures du matin, la malade fut anesthésiée au chloroforme. L'opération eut lieu après antiseptie préliminaire rigoureuse, en présence de mes confrères, MM. Friot, Schuhl, Étienne, Malterre, et de nos assistants, MM. Adam et Dufner. Incision du pubis jusqu'au dessus de l'ombilic. L'utérus apparaît, flanqué de fibromes et de plexus veineux ligamentaires très développés. L'extracteur hélicoïde est fixé dans l'un des fibromes, ce qui permet d'attirer hors du ventre toute la masse utérine.

Les pédicules vasculaires supérieurs sont écrasés aussitôt à l'aide de l'angiotribe de Doyen, puis liés. Je dégage le ligament large gauche jusqu'à l'utérine correspondante qui est pincée; puis une collerette péritonéale est détachée sur la face postérieure de l'utérus jusqu'au niveau du vagin, qui est ouvert d'un coup de ciseaux. Le cordon prolapsé est lié. Le col utérin, ramolli et dilaté, est saisi par une pince à griffes, amené dans

la plaie, puis fermé à l'aide d'une large pince à mors acérés afin d'arrêter l'écoulement des liquides sanieux venant de l'utérus. Le ligament large droit est alors libéré de bas en haut en pinçant et sectionnant l'utérine, puis l'utérus est détaché suivant le mode Doyen en séparant la vessie par arrachement.

Les ligatures des pédicules furent vite placées, après ramonage du vagin à l'aide de compresses. Un tube en croix fut placé dans le vagin et, par dessus, la collerette péritonéale fut suturée, tous pédicules cachés. L'opération avait duré environ une heure.

Les suites furent faciles et simples. Le poulx vacille entre 90 et 100. La température ne varie au-dessus de 38° que le cinquième jour, époque où la jambe gauche, déjà tuméfiée antérieurement, devint plus douloureuse. On constata alors une phlébite de la saphène interne. Malgré cette complication, la guérison se fit sans encombre, et la malade pouvait rentrer chez elle le 25^e jour.

Examen de l'utérus. — Cet organe a une forme à peu près cylindrique, avec une légère dépression au niveau du milieu de son extrémité supérieure et une dépression circulaire à l'union de son tiers inférieur et de son tiers moyen. La hauteur est de 23 centimètres (depuis le fond jusqu'à l'insertion du vagin sur le col). Sa largeur est de 20 centimètres, mais n'est que de 18 centimètres au niveau de la dépression circulaire que nous avons signalée.

Une coupe verticale passant un peu en avant de l'insertion de la trompe gauche et un peu en arrière de l'insertion de la trompe droite, divise la matrice en deux segments que nous examinerons successivement. Le segment postérieur (fig. 1) qui contient le fœtus, montre que celui-ci se présente par l'épaule gauche, en variété dorso antérieure; sa tête se trouve dans la corne droite de l'utérus, son bras droit est légèrement relevé, l'avant-bras est appliqué sur le côté droit de la tête et la main droite touche la nuque. Le cordon ombilical passe en avant du dos pour faire procidence. Le placenta s'insère sur le segment inférieur de l'utérus, fait saillie dans l'orifice utérin; son extrémité supérieure remonte sur le côté droit de la coupe

jusqu'à 15 centimètres au-dessus de l'insertion du vagin sur le col.

Les trois fibromes reconnus, pendant la grossesse, ont été incisés par la coupe pratiquée sur l'utérus. Celui de la partie supérieure occupe la corne gauche ; il est très ramolli à son centre, a la forme d'un ovoïde, dont le plus grand diamètre est de 9 centimètres et dont la largeur est de 6 centimètres au maximum. Il est interstitiel : la paroi utérine qui le recouvre à sa face externe a une épaisseur de 8 millimètres au moins, et celle qui recouvre sa face interne a au moins 4 millimètres. Les deux fibromes de la partie inférieure occupent le côté droit et le côté gauche du segment inférieur de la matrice. Celui du côté gauche a son long diamètre dirigé obliquement de haut en bas et de gauche à droite ; sa longueur est de 76 millimètres et son diamètre transverse maximum sur la coupe est de 67 millimètres. Le fibrome du côté droit a son long diamètre oblique de haut en bas et de droite à gauche, mesurant 7 centimètres ; sa dimension transversale sur la coupe est de 47 millimètres. Ces deux tumeurs sont interstitielles et sont saillantes non seulement à la face externe, mais encore à la face interne de la matrice ; elles limitent un canal de 3 centimètres et demi de diamètre, dans lequel se trouvent le placenta et le cordon ombilical.

Sur le segment antérieur de l'utérus (fig. 2), outre les fibromes, on voit le placenta sur la partie inférieure de la matrice et l'insertion du cordon ombilical sur le placenta.

OBSERVATION XVI

(MARTIN. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyne.* T. 20; p. 409.)

Femme de 37 ans, un avortement antérieur. Volumineux myôme du corps et deux myômes du col de la grosseur d'un œuf de poule. Grossesse de 4 mois. Symptômes graves de compression empêchant l'expectation jusqu'à viabilité du fœtus. Laparotomie. Enucléation des fibromes jugée impossible sans ouverture de la cavité utérine. Extirpation abdominale totale. Durée 33 minutes. — Drainage vaginal.

Guérie. — Sort le 33^e jour.

OBSERVATION XVII

(KUFFERATH. *Bulletin de la Soc. Belge de gynécologie et d'obstétrique*. 1896, n° 9, p. 192.)

III pare de 30 ans. Grossesse de 3 mois 1/2 à 4 mois compliquée de fibromes, l'utérus dépassant l'ombilic de plusieurs travers de doigt. Vives douleurs, troubles vésicaux et rectaux, vomissements graves. Laparotomie suivie d'hystérectomie totale. — La femme est en très bon état 12 jours après l'opération.

OBSERVATION XVIII

(FRITSCH. *Soc. obst. de Berlin*, 27 fév. 1891. *Centralbl.-gyn.*, 1891 n° 18, p. 362.)

Volumineux myôme du col. Maladie de Bright. Eclampsie. Opération césarienne suivie de l'hystérectomie abdominale totale à la Martin.

L'opérée mourut le 6^e jour sans fièvre de l'opération ou du mal de Bright.

Sur l'enfant, aucun renseignement.

OBSERVATION XIX

(DOWMANN. *Nederland Tydschrift v. Generick*, II n° 19, 1895.)

I pare de 37 ans, fibromyome interstitiel enclavé dans le bassin. L'accouchement est impossible par les voies naturelles. Section césarienne, morcellement de la tumeur et extirpation totale de l'utérus.

La femme guérit, l'enfant vécut.

OBSERVATION XX

(WERTHEIM. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1877, n° 25, p. 681.)

I pare de 32 ans, en travail depuis trois jours et l'accouchement n'a pas avancé d'un centimètre. L'utérus paraissait

énorme et distendait l'abdomen. La moitié gauche du bas-ventre était plus saillante et plus résistante que la droite ; l'enfant paraissait mort : température 38°. Le petit bassin était rempli d'une tumeur volumineuse et solide ; l'utérus ne se laissait aucunement déplacer, on fit la laparotomie et l'opération césarienne.

L'auteur avait, avant l'opération, l'intention de suturer l'utérus et de le réduire. Mais le fœtus extrait, le placenta était gangreneux et de l'utérus s'échappait une odeur nauséabonde. Le siège cervical du myôme rendait l'amputation supravaginale inefficace, il fit l'hystérectomie abdominale totale. La malade guérit, bien qu'elle fût presque exsangue au moment de l'opération.

OBSERVATION XXI

(GUTIERREZ. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*,
Août 1898, page 616).

*Fibromes utérins. — Grossesse à terme. — Hystérectomie.
Enfant vivant. — Guérison.*

G... (Josèfe), âgée de 39 ans, née à Béjar (province de Salamanque), entre le 4 décembre 1896 à la clinique de l'Institut chirurgical de la Morselva, dirigé par notre vénéré maître le docteur Dom Fréderico Rubio.

Cette femme raconte qu'elle a eu ses premières règles à 15 ans, et qu'elles continuèrent d'une façon ordinaire jusqu'à l'époque de son mariage, le 4 août de cette même année. De tout temps sa santé a été bonne et rien du côté des organes génitaux ; elle parle de quelques petites grosseurs siégeant à la région hypogastrique, mais qui ne la gênaient nullement. Après trois jours de mariage, elle est prise d'hémorragie et croit à une avance de ses règles qu'elle attendait vers le 15 ; elle perd du sang pendant trois jours.

Dès ce moment, un changement radical s'opère dans tout l'organisme ; le ventre devient rapidement très volumineux ; il y eut difficulté pour vider la vessie et le rectum ; à son tour l'estomac devint le siège de malaises avec vomissements le matin ; du côté des seins, augmentation de volume et gêne ;

en un mot, toute espèce de phénomènes faisant songer le sujet aux commencements d'une grossesse.

Effrayée par ces débuts déjà pénibles et redoutant le temps à courir — ceci se passait au commencement de décembre — elle me demanda de l'opérer pour mettre fin à ses souffrances.

Après un minutieux examen, je constatai que le ventre était beaucoup plus volumineux que chez une femme enceinte de quatre mois (date probable), qu'il présentait une surface inégale présentant des éminences mieux appréciables du côté droit. Une tumeur intra-abdominale très dure, du volume d'une tête de fœtus à terme, reposait dans la fosse iliaque droite, en remplissant une partie du même hypochondre ; vers la ligne médiane de l'abdomen, le contenu de cette masse dure disparaissait et se continuait par une autre plus molle semblant contenir du liquide, qui occupant le restant de la cavité et reposant dans la fosse iliaque gauche, avait la ligne ombilicale pour limite supérieure.

Au centre de cette masse molle se trouvait une tumeur dure, saillante, ayant le volume d'une mandarine, et sur son bord gauche, deux autres formant relief et s'appuyant sur la ligne iléo-pubienne. A l'auscultation, je percevais distinctement deux foyers de souffle vasculaire, l'un, au milieu de la ligne d'union de la tumeur dure du côté droit avec la tumeur molle, et le second, au-dessus des deux tumeurs que j'ai signalées à gauche et au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Par le vagin, je sentis une tumeur dure, inégale et semblant lobulée, qui occupait presque complètement l'excavation du côté gauche seulement, et avec beaucoup de difficultés je sentis le col utérin très élevé et se dirigeant vers la branche pubienne gauche ; il était peu proéminent, complètement immobile, formant une espèce de mamelon qui partait de la tumeur décrite. Cette tumeur avait l'air de continuer celles de la fosse iliaque droite, et les pressions faites pour l'élever dans le bassin, ne donnaient aucun résultat.

D'après les antécédents fournis par la malade et les signes recueillis à l'examen, je diagnostiquai : grossesse dans un uterus à fibromes multiples, dont la tumeur inférieure rendait impossible l'accouchement par les voies naturelles.

La santé antérieure de la mère et son bon état général me

furent espérer, malgré les inconvénients du côté de la vessie et rectum, que ces malaises pourraient permettre d'attendre, en surveillant l'évolution de cette grossesse gênante, d'attendre, dis-je, sinon l'époque du terme naturel, au moins celle d'une parfaite viabilité pour le fœtus avant de recourir à l'opération.

En effet, il y eut un peu de tout pendant mon observation, des périodes de calme relatif et d'autres de grandes souffrances occasionnées par le développement du fibrome sous-péritonéal du côté droit. Et sans attendre que le travail s'initiat, je décidai d'intervenir le 8 mai, époque à peu près probable des neuf mois de grossesse, en se basant sur la perte de sang du mois d'août, soit que celle-ci constituât la dernière règle ou fût une hémorragie.

A ce moment, par l'exploration abdominale et vaginale en même temps, je me rendis compte des changements survenus en ces quatre derniers mois de la grossesse : comme situation la grosse tumeur de droite s'élevait jusqu'à la région hépatique, celles de gauche, qui se trouvaient un peu ramollies, formaient partie de la paroi utérine en dehors du bassin et sans grande augmentation de volume, la tumeur inférieure n'ayant subi aucun changement de siège ni de volume. Je supposai qu'elle se trouvait encapsulée dans le plancher pelvi-péritonéal.

La vessie se trouvait allongée et complètement refoulée vers la fosse iliaque gauche. Le globe utérin, s'accordant dans l'espace laissé libre par les tumeurs, était fortement incliné en avant et à gauche ; le col, légèrement abaissé et entièrement effacé présentait son orifice à la partie gauche de la tumeur intra-pelvienne.

L'œdème vulvaire et hypogastrique, très prononcé pendant les premiers mois, avait disparu grâce au mouvement ascensionnel de l'utérus et des fibromes supérieurs. Le fœtus dont le cœur battait 140 à 144 fois par minute avec intensité régulière, affectait une présentation du tronc (tête dans la fosse iliaque gauche et puis au fond à droite).

Les mensurations donnent les chiffres suivants :

Mesure de la ceinture..... 0^m,80

Mesure du ventre au niveau de l'ombilic.....	1 ,04
— entre les épines iliaques antéro-supérieures.	0 ,55
— de l'ombilic au pubis	0 ,28
— du fond utérin au pubis.....	0 ,34
— du fond utérin à l'ombilic	0 ,06

Dimension transversale du fibrome supérieur, libre depuis l'épine iliaque antérieure droite jusqu'à la ligne moyenne supra-ombilicale, qui formaient ses limites. 0 28

Dans cet état de choses, et après avoir répété avec mes aides, dans une séance préparatoire, afin qu'il n'y eût pas d'équivoque et dans le double but d'économiser le temps et le sang, la malade parfaitement anesthésiée, recouverte d'un vêtement de laine stérilisé et, toutes précautions prises, je procédai à l'opération (dans la matinée du 8 mai) que je vais décrire.

Une incision, partant de 2 centimètres au-dessus de l'ombilic jusqu'à quatre travers de doigt du pubis, fut faite rapidement; en divisant les tissus couche par couche sur la ligne blanche, je découvris bientôt la face antérieure de l'utérus, sur la ligne médiane duquel apparaît le fibrome sous-péritonéal de la grosseur d'une mandarine. Je passai quatre fils conducteurs à l'un et l'autre côté de l'angle supérieur de la plaie, afin de les attacher, pour éviter l'éventration intestinale, au moment opportun, et ayant protégé les bords et angles de l'incision par de grandes compresses, un aide repoussant de gauche à droite l'utérus, à travers la paroi abdominale, afin d'en amener le centre à l'ouverture abdominale; alors et à deux doigts du fond de la matrice, je pratiquai une ouverture me permettant d'y introduire les deux doigts. Je glissai entre les membranes et l'utérus les doigts sur lesquels je conduisis un bistouri boutonné, avec lequel je fis une section de 10 centimètres par en bas, sur la paroi de l'utérus. Au travers de cette plaie utérine, apparurent les membranes, que je sectionnai aux ciseaux, et immédiatement j'amenais par les pieds une belle fille vivante.

Tous ces temps divers avaient demandé dix minutes. A ce moment, et pour éviter l'hémorragie insignifiante jusqu'alors, mon aide embrasse des deux mains le fond de la matrice en pressant par leur bord cubital au travers des parois abdominales, pendant que je complétais l'énucléation de l'utérus et de

la plus grosse tumeur à laquelle adhérait, sur une vaste étendue, l'épiploon qu'il fallut détacher en faisant des tractions sur l'angle supérieur de la plaie utérine.

Après avoir extrait en masse, un second aide mena de chaque côté les quatre fils de sûreté, pendant que j'appliquai une ligature élastique sur le segment utérin inférieur, contenant ainsi toute hémorragie et sans que l'intestin se fût montré. Je fis alors le décollement et l'extraction du placenta et me débarrassai du fibrome supérieur en le séparant de l'utérus après l'application de deux longues pinces sur sa large base ; en suite je fis l'énucléation du fibrome sous-péritonéal inférieur, et je laissai l'utérus avec ses petits myômes interstitiels.

Deux ligatures partielles des ligaments larges, en dehors des annexes, et deux pinces en dedans, puis section entre les deux, isolant ainsi les deux tiers supérieurs de l'utérus, qui devint beaucoup plus mobile ; perforation du cul-de-sac vaginal postérieur à travers le douglas ; décollement de la vessie de haut en bas et perforation du fond vaginal antérieur. Je fis une ligature à la base des deux ligaments larges et je séparai complètement la matrice en établissant deux petits pédicules latéraux dont les chefs furent portés dans le vagin. Je fonçai et fermai le plancher pelvi-péritonéal par le procédé Doyen.

Le ventre fut nettoyé de quelques caillots avec des compresses stérilisées ; l'hémostase de l'épiploon fut faite par sutures, et celle du péritoine par des compresses trempées dans l'eau très chaude, après quoi je procédai à la fermeture de la plaie abdominale, par deux plans de sutures suivant mon habitude et j'appliquai le pansement.

La durée totale de cette opération, en comprenant la chloroformisation, fut à peine d'une heure et demie, et l'opérée perdit bien moins de sang que dans n'importe quelle couche normale.

La marche post-opératoire fut des meilleures. Pas de vomissements, pouls de 80 à 90, excepté le premier jour où il arriva à 100. La température oscilla entre 36°6 et 37°, arrivant comme maximum à 37°2 le second jour ; au huitième jour, j'enlevai les sutures : la plaie avait cicatrisé par première intention. Une semaine après, je la faisais lever et elle quittait l'hôpital au bout de dix-huit jours, complètement rétablie.

La montée du lait fut très abondante vers le quatrième jour ; mais je ne permis pas l'allaitement à cause des conditions spéciales de sa convalescence. L'enfant fut confiée à une nourrice, et aujourd'hui mère et fillette se portent bien.

Voici les différents poids intéressants à connaître :

Poids du fœtus (sexe féminin) 1 heure après extraction.....	2.790 g
— du placenta.....	500
— du liquide amniotique (approximativement..)	400
— de la matrice et ses petits myomes.....	1.007
— du fibrome supérieur.....	2.575
— du fibrome inférieur (enclavé).....	812
Total	8.084gr.

OBSERVATION XXII

(GUTIERREZ. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale* août 1898, p. 623).

*Fibrome utérin. — Grossesse à terme. — Hystérectomie.
Enfant vivant. — Guérison.*

Le 21 mai 1897, Sergia C..., âgée de 33 ans, se présente à ma consultation de l'Institut.

L'histoire clinique de cette malade est des plus simples. Née à Colunga (province d'Oviédo), elle m'était adressée de Gigon, où elle résidait, par mon ancien camarade et confrère, le docteur Ambrosio Rodriguez, qui me la recommandait chaudement.

Réglée à l'âge de quatorze ans pour la première fois, elle resta quatre mois sans rien voir, mauvaise hygiène, au bout de ce temps, réapparition du flux menstruel, et ensuite aménorrhée qui dure trois mois, après quoi la menstruation se présente à nouveau et continue régulièrement jusqu'au 26 août 1896, date de son mariage. Elle a ses règles en septembre, octobre, novembre et décembre (du 15 au 20) ; les règles disparaissent en janvier, pour ne plus continuer, et dès lors ses malaises commencent.

Vers le milieu de février, elle est prise la nuit, pendant un sommeil très calme d'une douleur très intense à la région lombo-sacrée, paralysant tout mouvement et accompagnée de vomissements en même temps que le ventre se ballonne d'une façon exagérée. Cette douleur persiste jusqu'au mois d'avril avec intensité variable, s'irradiant à tout l'abdomen, mais plus prononcée à gauche, où la malade commence à ressentir une grosseur dure qui a augmenté lentement; à ces tracasseries vient s'ajouter une constipation opiniâtre et rebelle à tous les moyens employés pour la combattre.

Le 21 mai dernier, j'observe, en l'examinant, que son ventre est volumineux, inégal, présentant deux tumeurs, dont l'une du côté droit, envahit la fosse iliaque et le flanc droit, remontant jusqu'à la ligne ombilicale dans l'hypogastre; elle est de consistance molle, comme si elle contenait du liquide, et en certains endroits, on ressent des portions intérieures dures et mobiles, de même que du souffle en deux foyers, équidistants du fond; la seconde tumeur est moins volumineuse, dure lobulée, occupant la fosse iliaque gauche et pénétrant dans l'excavation pelvienne qu'elle envahit complètement en déformant le cul-de-sac postérieur, de telle sorte que, par le toucher, on perçoit une tumeur sphérique au-dessus et en arrière du col utérin repoussé en haut au niveau de la symphyse pubienne.

Malgré l'absence des phénomènes gastriques et autres signes de la gestation, le volume immense du ventre ne correspondant pas à l'époque probable, je n'hésitai pas à porter sur sa fiche de consultation :

Grossesse compliquée par un fibrome sous-péritonéal qui remplit l'excavation et la moitié gauche de la région hypogastrique refoulant l'utérus en haut et à droite.

Tout en croyant à l'adhérence de la tumeur au bas fond péritonéal, et par conséquent au besoin d'intervenir pour le moment de l'accouchement, en cet état de choses, je prescrivis, pour vaincre les amas fécaux de grandes irrigations faites avec une longue canule remontant au-dessus du siège de la compression par cette tumeur qui devenait de plus en plus volumineuse.

L'usage de la Cascara en même temps permit à cette pauvre femme de reprendre ses occupations et de retourner chez elle

à Gyon. Au commencement de son neuvième mois, de passage dans cette ville, j'eus occasion de la revoir encore.

On remarque l'inégalité de son ventre, à droite la tête n'ayant pu s'engager; la paroi abdominale est proéminente à son niveau, tandis que la partie gauche est aplatie, et c'est seulement dans la fosse iliaque de ce côté que l'on voit se dessiner une portion du fibrome qui oblige la matrice à s'incliner de l'autre; le col est resté long malgré l'époque avancée de la grossesse, parce que, d'une façon statique, la tête n'étant pas engagée et reposant sur la symphyse, le segment inférieur est peu développé.

Malgré tout, le fibrome n'est pas broyé et reste dans l'excavation, qu'il comble entièrement; la malade se sent bien et attend avec courage et résolution le moment décisif.

Elle arrive ici le 12 septembre pour entrer le 20 à la clinique de la Moncloa et le même jour, voici les mensurations faites sur cette malade.

Mesure de la ceinture.....	0 ^m ,82
— — au niveau de l'ombilic.....	0 ,95
— — de l'hypogastre.....	0 ,98
— — de l'ombilic à l'épine iliaque gauche antéro supérieur.....	0 ,22
— — droite.....	0 ,27
— — de l'appendice xiphoïde au pubis.	0 ,39
— — du fond de l'utérus au pubis.....	0 ,41
— — du fond de l'utérus à l'ombilic...	0 ,14
— — de l'ombilic au pubis.	0 ,23

Le 27 septembre, après avoir pris toutes les précautions générales de désinfection, bain et purgation, un dernier examen n'indiquant aucune modification sur ce que j'ai décrit antérieurement, je procède à l'opération.

La malade complètement anesthésiée, je pratique l'incision abdominale sur la ligne blanche, depuis le nombril jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus du pubis, incision que je dus prolonger après, en haut et en bas, de 6 centimètres environ.

Ayant découvert l'utérus, un aide le repousse du côté droit afin de l'amener au centre avant d'en ouvrir la cavité, les bords et angles de la plaie sont recouverts de compresses stérilisées;

j'ouvre alors la plaie utérine tout près du fond pour y introduire deux doigts que je glisse entre les membranes et la paroi pendant que je prolonge l'ouverture sur une longueur de 10 à 12 centimètres. L'œuf ouvert, j'introduis la main sur la tête que j'embrasse par l'occiput et je retire rapidement un fœtus vivant, bien développé, du sexe féminin.

Comme pour le cas précédent, on fit l'hémostase temporaire et l'énucléation de la matrice, pendant qu'un aide comprimait le fond et les parois latérales et qu'un second évitait la sortie de l'intestin en nouant les chefs préventifs appliqués à la partie supérieure de la plaie abdominale.

Matrice dehors et ligature élastique provisoire, je retirai le placenta et colloquant l'opérée en position de Trendelenburg je pus détruire les adhérences qui retenaient fortement le fibrome et l'enlevai alors facilement du bassin en le faisant basculer sur le pubis en même temps que l'utérus.

L'insertion très étendue du fibrome à la partie postérieure de la matrice, et en même temps charnue, rendait impossible l'énucléation sans risque de déchirer la cavité et par conséquent de mettre la femme en danger ; ce voyant, j'optai pour l'hystérectomie totale, étant donné l'élévation de la tumeur et son insertion au-dessus du col me permettant d'ouvrir le cul-de-sac postérieur. Ce que je fis suivant tous les temps du procédé classique de Doyen, terminant en portant les deux petits pédicules dans le vagin et en fronçant en surjet le plancher pelvien, isolant parfaitement les deux cavités. Dans toutes ces manœuvres, il ne s'écoula pas plus de sang que pendant un accouchement normal.

Après nettoyage des petits caillots, je fermai la cavité abdominale par deux plans de suture entrecoupée, selon mon habitude, et appliquai un pansement stérilisé.

L'opération dura une heure vingt, compris le chloroforme.

La convalescence de cette seconde opérée fut aussi heureuse que celle de ma première, exception faite d'un léger embarras gastrique qui causa quelque empêchement pour l'alimentation et retarda légèrement la sortie de l'hôpital qui eut lieu le 18 octobre.

La mère et la fille partirent pour leur pays le 6 novembre, en état de parfaite santé. Comme contraste entre ces deux

opérées, je signalerai que, si la première eut une poussée de lait abondante, en revanche, la deuxième ne présenta pas le plus léger signe de lactation.

Le poids de la pièce pathologique, de l'enfant et du placenta, sont les suivants :

Poids de l'enfant...	3.100 gr
— de l'utérus et du fibrome.....	2.520
— du placenta.....	0 500

La quantité de liquide amniotique était très minime.

OBSERVATION XXIII

(D^r GUERMONPREZ, de Lille. *Documents sur l'hystérectomie*, 1896, page 177.)

*Fibromes utérins. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.
Enfant vivant.*

L'hystérectomie abdominale totale est une opération d'incontestable importance, il est possible de la pratiquer pour compléter une opération césarienne. L'observation que j'ai l'honneur de déposer sur le bureau de l'Académie en est une preuve. La mère et l'enfant sont vivants, bien que l'opération ait été presque improvisée à la campagne, dans un milieu privé des ressources si précieuses des établissements appropriés de nos jours.

Une femme de 34 ans, mariée depuis un an et demi, est enceinte de six mois, lorsqu'on s'aperçoit qu'elle ne peut pas accoucher normalement. Une tumeur volumineuse est reconnue dans le cul-de-sac de Douglas ; cette tumeur est irréductible ; elle refoule le col utérin en haut et en avant ; elle l'aplatit même sur la face postérieure de la symphyse pubienne. La sensibilité, la consistance molle et la disposition presque transversale de la tumeur fait penser à une hématocele rétro-utérine. Le souvenir d'avoir senti quelques noyaux durs et presque sphériques, qui semblaient en rapport avec le fond de l'utérus, amène à soulever la question de fibro-myome utérin,

mais il n'y a jamais eu de métrorragies qui concordent avec cette interprétation.

Par ailleurs, la malade est difficile à explorer, parce que tout le ventre est sensible. Le cathétérisme vésical et le toucher rectal ne fournissent pas d'indications à retenir. Enfin la femme est une vigoureuse femme de travail qui dédaigne les simples malaises et les douleurs minimales et qui n'a jamais su s'observer.

Après des explorations multipliées, MM. Plet (de Dechy), et Wigniolle (de Douai), envisagent la possibilité d'une grossesse extra-utérine, bien qu'il leur paraisse impossible d'adopter un diagnostic bien démontré. Il faut reconnaître que les bruits du cœur fœtal sont superficiels, les mouvements actifs se voient aisément et tout le ventre est très sensible à la moindre palpation, comme dans la grossesse extra-utérine.

Quoi qu'il en soit, la malade et la famille sont informées et l'opération césarienne est résolue pour la date convenable.

Le 7 juillet 1895, apparaissent les douleurs de la parturition, qui se succèdent dans les formes communes d'un accouchement ordinaire.

Le 8 juillet, les douleurs persistent et cependant la dilatation ne se fait pas. La tumeur du cul-de-sac de Douglas demeure fixe, irréductible; elle est plus dure que par le passé, d'une consistance pâteuse qui éloigne toute idée de fibrome, elle obstrue tout le détroit supérieur.

Le col utérin est mou, mais non effacé. C'est péniblement qu'on arrive à y introduire un doigt.

Les membranes sont rompues. Le liquide amniotique s'est écoulé par les voies naturelles.

Le 9 juillet, la parturiente n'est que médiocrement fatiguée. Un eczéma confluent sur toute la surface du ventre entrave malencontreusement le nettoyage, qui est déjà très insuffisant par ailleurs. L'enfant vit encore : on entend distinctement les battements du cœur; mais le toucher vaginal ramène du méconium en abondance. Il est impossible de discerner aucune partie fœtale par le toucher; mais la palpation de l'abdomen, qui est devenue moins pénible, permet de distinguer une série de portions dures et sphériques, qu'il est impossible d'attribuer à la tête ou au siège d'un fœtus et même de 2 jumeaux.

Il en résulte qu'avant de faire l'opération césarienne, on s'attend à rencontrer des fibromyomes utérins et à pratiquer une hystérectomie abdominale totale.

L'opération est faite immédiatement dans une salle de cabaret, on improvise le lit au moyen de deux tables de cette salle et d'un matelas. Les genoux et les poignets de la parturiente sont fixés par des liens posés sur les tables. La désinfection du vagin est faite au moyen d'injections à la liqueur de Van Swieten, celle de la peau est assurée par un nettoyage savonneux, puis l'alcool à 90°.

La chloroformisation n'est rendue profonde qu'au moment des tractions exercées sur l'un ou l'autre des ligaments larges : la parturiente fait alors avec effort quelques mouvements respiratoires bruyants avec une façon qui ressemble à un ronflement, à un rugissement en même temps.

L'incision de la paroi abdominale est faite sur la ligne blanche à partir de trois ou quatre travers de doigts au-dessus du pubis ; elle est ensuite prolongée un peu au-dessous de l'ombilic. Cette paroi est dure, épaisse, infiltrée dans sa portion sous-ombilicale. Dès que le péritoine est ouvert, il s'écoule un peu d'ascite et on reconnaît une rougeur avec vascularisation inusitée de la séreuse pariétale.

La section césarienne est faite longitudinale et médiane, mais elle n'est pas conduite sur la portion qui se présente tout d'abord, parce que celle-ci a une consistance ferme, comme si elle était renforcée par un fibrome interstitiel, ou bien comme si elle était doublée par le placenta. La section est donc faite un peu plus haut, vers le fond de l'utérus. La paroi est épaisse, mais la perte de sang minime. L'enfant présente sa région dorso-lombaire, tandis que le siège répond au détroit supérieur de la mère et que la tête repose sur l'hypochondre gauche de celle-ci. L'extraction est facile, immédiatement l'enfant pousse un premier vagissement.

L'utérus revient d'emblée sur lui-même, mais la perte de sang est très abondante. La main, introduite dans la cavité utérine, trouva le placenta en partie décollé, on achève aussitôt la séparation et l'enlève aisément (poids 700 gr.).

Mais l'hémorragie persiste, plus abondante peut-être, elle vient de tout le péritoine de la surface interne de l'utérus.

Une poignée d'éponges de Venise est saisie par le chirurgien, qui en bourre vivement la cavité et fait fermer celle-ci par un aide, lequel comprime le tout avec vigueur, l'hémorragie s'arrête.

Toute la masse de l'utérus est alors amenée hors de l'abdomen. Tandis que sa face antérieure est à peu près plane, ses bords latéraux et supérieurs portent toute une série, une quinzaine de fibromes sous-péritonéaux et plus ou moins appendiculaires.

Pour dégager la portion la plus postérieure, il faut que la main intervienne et rompe des adhérences nombreuses dans tout le petit bassin jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas.

Trois fibromes en sont ramenés, dont l'un plus volumineux et plus inférieur et deux autres moins importants, mais latéralement placés et arc-boutés contre le péritoine du détroit supérieur.

Dans de semblables conjonctures, il n'y avait pas à hésiter, l'hystérectomie abdominale totale est tellement supérieure à l'opération de Porro, pour obvier aux difficultés spéciales du cas particulier, qu'il n'y a pas de discussion.

Les portions supérieures du ligament large furent d'abord sectionnées de chaque côté en passant entre les annexes et la paroi du bassin. Il en résulte d'emblée une mobilisation beaucoup plus facile de la tumeur.

La décortication du segment inférieur du corps utérin est ensuite entreprise, en partie au bistouri, en partie aux ciseaux. Du côté de la vessie la manœuvre est rapide et relativement facile. Il en est autrement des bords latéraux et de la face postérieure : là on trouve le tissu utérin ramolli et tellement flasque, qu'on le différencie difficilement d'avec le tissu cellulaire circonvoisin.

L'instrument pénètre souvent le muscle et l'hémorragie se fait de partout ; elle est d'un sang noir ; elle bave abondamment, obscurcit le champ opératoire, tandis que l'aide se fatigue de tenir la masse utérine.

Une boutonnière longitudinale est faite au bistouri sur le milieu de la face antérieure du col utérin ; une sonde cannelée solide fait la traversée de l'organe d'avant en arrière. Une forte pince clamp placée sur la moitié droite ; une autre

semblable sur la moitié gauche ; et aussitôt la tumeur est enlevée par le bistouri.

Sur chacun des deux bords du moignon on reconnaît (l'éclairage défectueux l'empêchait jusque là), on reconnaît le tronc de l'artère utérine, dont la couleur est plus blanche que celle des autres tissus, dont la direction est absolument rectiligne et dont il est facile de sentir les battements ; son volume est égal à celui d'une artère humérale. Chacune de ces artères utérines est chargée sur l'aiguille de Deschamps et liée à la soie.

La décortication du moignon est désormais rapide et presque facile, mais il subsiste toujours un doute imputable au ramollissement de l'utérus : il est impossible de s'en rapporter à la consistance pour différencier le tissu utérin d'avec celui du vagin. Pour parvenir à discerner le derme vaginal, on n'a d'autre mesure que celle d'introduire le doigt dans l'utérus et d'en chercher la limite : celle-ci est marquée par la saillie, en une sorte de languette, de chacune des lèvres (surtout de la lèvre postérieure) du museau de tanche.

La boutonnière médiane est faite sur la face antérieure, puis la traversée de la sonde cannelée ; enfin l'application des deux pinces clamps, une de chaque côté, comme précédemment.

Avant d'appliquer les ligatures sur ces deux derniers moignons, on essaye de relâcher la compression des pinces, afin de se rendre compte de la valeur des ligatures antérieurement faites sur chacune des utérines ; il est facile de se convaincre de la nécessité d'appliquer une double ligature de chaque côté, ce qui est fait au moyen d'un solide fil de soie.

Le lavage du péritoine ramène ensuite une proportion notable de débris hématiques et d'exsudats.

Le drainage de l'hypogastre est fait au moyen de gaze iodoformée selon la manière de Mickulicz. La suture de la paroi de l'abdomen est conduite à trois plans, le pansement est antiseptique et le tampon de gaze iodoformée du vagin est remplacée.

L'opération a duré une heure un quart, pansement compris.

Le drain à la Mickulicz est retiré le troisième jour, il est teinté de couleur hématique et ramène des débris d'exsudats et de caillots des profondeurs de l'hypogastre. La suture du

ventre est achevée. Il n'y a qu'un seul vomissement. L'opérée s'efforce d'allaiter son enfant dès les premiers jours. Elle ne souffre pas et présente un faciès excellent.

De ce fait, je conclus que l'hystérectomie abdominale totale et l'opération césarienne peuvent être faites sans désenparer, que cette méthode est aussi réalisable que l'opération de Porro, que la technique opératoire peut être la même que celle de l'hystérectomie abdominale totale pratiquée en dehors de la gravidité, mais qu'il faut tenir compte de la vascularité beaucoup plus copieuse à la fin de la grossesse que pendant l'état de vacuité.

OBSERVATION XXIV

(D^r LANNELONGUE, de Bordeaux. *Documents sur l'hystérectomie*, 1896, p. 16.)

Utérus fibromateux. Grossesse de 4 mois.

Le D^r Lannelongue présente un volumineux utérus fibromateux enlevé chez une femme dont il fait lire l'observation par son interne, M. Faguet. Il s'agit d'une femme de 36 ans, multipare, de bonne santé habituelle. Elle découvrit il y a cinq ans, dans la fosse iliaque droite, une tumeur du volume d'une noix, dure, très mobile, indolore, jamais de troubles menstruels; cette tumeur conserva ses caractères jusqu'en mars 1892. A ce moment, les règles furent et demeurèrent supprimées. Le ventre augmenta dès lors de volume pour prendre un développement rapide et considérable. En même temps apparurent des douleurs à la moindre pression abdominale, au moindre mouvement; constipation extrême; épistaxis intenses et fréquentes.

La palpation révéla une tumeur volumineuse uniforme, de consistance ferme, régulièrement arrondie, occupant la partie médiane de l'abdomen.

Matité absolue, dans toute l'étendue de la tumeur qui remonte jusqu'à l'appendice xyphoïde. Les flancs sont sonores en toute position.

Pas de bruit de souffle.

La vessie paraît étalée à la partie antéro-inférieure de la tumeur.

- Le col, conique, fermé et dur en tous points, est à gauche et en haut, derrière la symphyse. Les culs-de-sacs postérieurs et latéraux sont saillants et contiennent une tumeur liquide et fluctuante que révèle aussi le toucher rectal.
- Hystérométrie, dix centimètres.

Etat général mauvais, amaigrissement, gêne respiratoire. Ces phénomènes imposent l'opération, qui est pratiquée le 6 juillet 1892. L'utérus enlevé pèse 6 kilogrammes. M. Faguet procède à la coupe de cet utérus, dont les $\frac{2}{3}$ supérieurs sont occupés par la tumeur fibromateuse décrite, le $\frac{1}{3}$ inférieur est occupé par la présence d'un petit fœtus de quatre mois environ, enveloppé de 4 membranes.

« J'avoue, dit M. Lannelongue, que je n'avais pas cru à l'existence d'une grossesse, malgré l'aménorrhée et la présence d'une tumeur kystique et fluctuante au niveau du bassin.

D'ailleurs, je n'en aurais même pas moins pratiqué l'opération que les phénomènes généraux menaçants imposaient. Voici comment j'ai procédé : une fois l'utérus amené hors de l'abdomen, diverses méthodes s'offraient à moi : les traitements intrapéritonéal et extrapéritonéal du moignon ont chacun leurs adeptes et aussi chacun leurs dangers. Le traitement extrapéritonéal, celui qui compte le plus de succès à son actif, m'a souvent donné des mécomptes. C'est ainsi que, chez deux malades opérées de la sorte par moi, il est survenu, rapidement après l'intervention, du ballonnement abdominal, du refoulement du diaphragme et la mort par asphyxie. A l'autopsie, aucune trace de péritonite. J'ai attribué la mort à une traction exercée par le moignon extrapéritonéal sur des filets du grand sympathique.

J'ai choisi de préférence la méthode de Guermonprez, qui prescrit de faire l'hystérectomie totale en deux temps par la voie abdominale. Une fois l'utérus à découvert, j'ai placé deux longues pinces sur chaque ligament large, j'ai sectionné de chaque côté entre ces deux pinces, séparant ainsi l'utérus de ses annexes ; puis j'ai continué en avant et en arrière ces incisions latérales et je me suis ensuite aidé du doigt pour séparer l'utérus de ses connexions vésicales et postérieures. Dès lors, la tumeur s'est soulevée avec facilité.

Pendant que je la fais maintenir soulevée, je transperce la

paroi vaginale d'avant en arrière, au moyen d'une sonde cannelée poussée jusque dans le cul-de-sac de Douglas. Cette sonde cannelée me servant de guide, j'insinue par la même voie deux grandes pinces, et je sectionne le vagin entre ces pinces et le bord correspondant de l'utérus. L'utérus était dès lors entièrement libéré.

J'ai pratiqué des ligatures à la soie et enlevé les annexes. J'ai bourré, à la façon de Mickulicz, le fond de la cavité pelvienne d'une bandelette de gaze iodoformée mise en communication, non avec la paroi abdominale, mais avec le vagin.

Depuis dix jours que la malade a été opérée, les suites sont excellentes et la malade va fort bien. Un peu d'élévation de température a cessé dès l'ablation de la gaze iodoformée, qui commençait à sentir mauvais. Je l'ai remplacée par un tampon de ouate iodoformée.

Je tiens à signaler quel grand avantage présente, par sa simplicité et sa facilité, l'opération de Guermonprez, à laquelle j'ai eu recours, sur celle de Péan, plus compliquée, puisqu'elle oblige à une double intervention abdominale puis vaginale. »

OBSERVATION XXV

(Dr TISSIER, hôpital Saint Antoine. (Presse médicale), 1898, n° 14, p. 69).

*Utérus fibromateux gravide. — Avortement.
Hystérectomie. — Guérison.*

Je présente à la Société un utérus fibromateux du poids de 3,200 grammes que j'ai enlevé avec le concours de M. Ricard, à la maternité de l'hôpital Saint-Antoine.

La malade avait un passé génital indemne de toute complication. Normalement et régulièrement réglée, elle avait été mariée 14 ans sans avoir d'enfant. A l'âge de 38 ans, elle se remarie et après trois mois devient enceinte. Au bout de deux mois, elle a des hémorragies répétées qui la font admettre dans le service.

A l'entrée on constate l'existence d'une tumeur volumineuse, dure, irrégulièrement lobulée qui occupe la plus grande partie

de la cavité abdominale et est enclavée dans le petit bassin. Le col utérin est très difficilement atteint, il est immédiatement accolé à la symphyse pubienne.

En dépit du traitement habituel, les hémorragies continuent et les caillots deviennent fétides. En même temps la température s'élève progressivement. La difficulté de tenter un curetage dans ces conditions, par suite de l'enclavement récent du fibrome nous pousse à pratiquer l'hystérectomie abdominale totale.

L'opération eut lieu sans incident, et après la température resta constamment normale sauf une élévation passagère à 38°.

La malade se rétablit parfaitement.

L'examen de l'utérus enlevé montre que la cavité utérine avait une profondeur de 13 centimètres. Les parois en étaient antérieurement confondues avec le fibrome.

Au fond de la cavité, s'attache une masse de laquelle pend un cordon ombilical, c'est l'œuf ouvert, dans lequel il est impossible de retrouver trace d'embryon.

La menace d'infection au cours d'un avortement dans un utérus fibromateux, constitue une indication légitime de l'hystérectomie abdominale totale.

OBSERVATION XXVI

(D^{rs} VARNIER et DELBET. *Annales de Gynécologie*, 1896,
1^{er} semestre, p. 102).

Rétroflexion complète de l'utérus gravide à terme. — Obstruction pelvienne par un fibrome adhérent. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison.

« Le 30 août 1896, à 5 heures du soir, entrant à la clinique Baudelocque une primipare âgée de 32 ans, Eugénie M... Elle vient de chez elle à la clinique parce que depuis quelques heures elle perd du sang en quantité considérable.

Les dernières règles datent du 5 au 8 novembre 1895, elle a senti remuer son enfant à la fin d'avril et se considère comme arrivée au terme de sa grossesse.

Examen à l'entrée. — L'utérus est constamment tendu et le

palper ne peut donner aucun renseignement précis. Voulant se rendre compte par le toucher de l'état du col et de la présentation du fœtus, M^{lle} Rose, sage-femme en chef, trouve l'excavation obstruée par une tumeur du volume du poing, effaçant complètement le cul-de-sac postérieur.

Le cul-de-sac antérieur est attiré en haut, très profond, et ce n'est qu'après un examen prolongé que M^{lle} Rose arrive à deviner, plutôt qu'à sentir, à bout de doigt, au fond de ce cul-de-sac et à droite, la portion vaginale du col. Il est impossible d'arriver à l'orifice interne et par suite d'explorer le pôle inférieur de l'œuf.

La femme ne perd plus de sang.

M^{lle} Rose fait prévenir M. Varnier qui examine à son tour à 6 heures 1/2 du soir.

« Voici ce que m'apprend l'interrogatoire, dit M. Varnier.

M... a marché de bonne heure et toujours bien. Réglée à 15 ans et demi, irrégulièrement, elle n'a jamais eu ni ménorragies, ni métrorrhagie. Une fièvre typhoïde à 12 ans est tout son passé pathologique jusqu'en janvier 1894.

A cette époque (janvier 1894) elle éprouve des douleurs et des pesanteurs dans le bas ventre, sans qu'aucun trouble soit survenu dans la fonction menstruelle qui est plutôt régularisée. Pas d'hémorragies. Les douleurs s'accompagnent de fièvre. Il n'y a ni constipation, ni trouble de la miction.

M... va consulter un médecin, qui, dit-elle, diagnostique « une tumeur » et lui prescrit provisoirement le repos et les injections vaginales. Les accidents s'amendent rapidement. Dix jours après, M... reprenait ses occupations de cuisinière. Bientôt après (février 1894) les douleurs ayant reparu, M... alla consulter un chirurgien des hôpitaux, qui, dit-elle, diagnostiqua une lésion de l'ovaire, conseilla des injections de sublimé et d'acide borique pendant environ trois mois et des tamponnements. Pendant tout le temps que durèrent ces accidents et le traitement, le ventre conserva son volume normal.

En mai 1894, M... fut considérée comme guérie, et, de fait, elle n'éprouva plus rien d'anormal.

M... se portait très bien, lorsqu'elle devint enceinte au mois de novembre 1895.

Du côté du bas-ventre ; menstruation régulière, pas de constipation, miction normale.

La grossesse a évolué si normalement que M... n'a jamais eu à consulter et que sans hémorragie survenue dans la journée, elle eût attendu les premières douleurs pour venir à l'hôpital.

Au moment où je l'examine, l'état général est parfait. Température 37°4. Pouls 96. Il n'y a ni contraction utérine, ni écoulement sanguin.

Le ventre présente une forme anormale surtout pour une primipare ; le palper permet de s'assurer que c'est le siège et non la tête du fœtus qui occupe le segment inférieur de l'utérus resté tout entier abdominal, et dont le fond paraît notablement au-dessous du niveau normal à terme ; si bien que j'élève quelques doutes sur les renseignements fournis par la patiente. Quant à la tête du fœtus, il est impossible de la découvrir dans ce qui paraît être le fond de l'utérus. Le fœtus est vivant. En aucun point de la paroi utérine, explorable par le palper, on ne sent le fibrome.

Prévenu par M^{lle} Rose des difficultés qu'elle a rencontrées dans l'exploration du col, je fais donner du chloroforme afin de pratiquer le toucher manuel. Il me faut introduire la main tout entière en supination pour, avec l'index étendu, trouver au fond et à droite d'un cul-de-sac vaginal rétro-symphysien très profond au-dessus du bord supérieur du pubis l'orifice du col entr'ouvert et admettant la pulpe du doigt. Ni avec l'index seul, ni avec le médius il n'est possible d'arriver à l'orifice interne et de sentir l'œuf.

Le bassin est obstrué par une tumeur sphérique, irrégulière, mollassée, immobile, remplissant la concavité sacrée, occupant le cul-de-sac de Douglas. Elle paraît avoir le volume d'une grosse orange, il est impossible d'en explorer le pôle supérieur par le toucher rectal ; la paroi du rectum et la paroi vaginale glissent sur elle. Elle ne se déplace pas lorsqu'on soulève l'utérus au travers des parois abdominales et lorsqu'on le fait rouler de droite à gauche et de gauche à droite.

On se rend compte qu'elle ne peut être refoulée dans le grand bassin.

A cause des antécédents relevés ci-dessus, mon diagnostic

reste hésitant entre un fibrome pédiculé adhérent et une tumeur ovarienne. Mais cela ne peut en rien modifier la thérapeutique imposée par l'obstruction pelvienne irréductible. En l'absence de contraction utérine douloureuse, je remets au lendemain matin toute décision, et je fais prier mon collègue des hôpitaux qui a soigné M... en février de venir m'assister. A dix heures du soir, j'apprends qu'il est absent de Paris.

Or, à partir de minuit, le travail se déclare franchement. Il y a des contractions douloureuses, toutes les cinq minutes ; à 4 heures du matin, il s'écoule brusquement par les voies génitales, un liquide vert épais mélangé de méconium et la sage-femme de garde ne perçoit plus les battements du cœur. M^{lle} Rose constate que l'enfant est mort. Aucune modification du col. Température 37°3.

Prévenu à 6 heures 1/2 du matin de la mort du fœtus et de l'inefficacité, d'ailleurs prévue, des instructions, je prie mon collègue et ami Pierre Delbet, chirurgien des hôpitaux, de venir m'assister et de faire une laparotomie exploratrice.

Nous convenons, que la laparotomie faite :

1° Si la tumeur enclavée est extra utérine et peut être enlevée aisément, sans grand traumatisme, nous verrons s'il semble possible et prudent de conserver l'utérus en le vidant par les voies naturelles rendues perméables.

2° S'il s'agit d'une tumeur péri-utérine, dont l'extraction présente des difficultés considérables, il y aura lieu de faire une opération césarienne, suivie bien entendu d'amputation utéro-ovarique, la mort du fœtus, l'ouverture de l'œuf, les nombreuses explorations vaginales antérieures contre indiquant l'opération césarienne conservatrice.

3° S'il s'agit, comme c'est probable, d'un utérus fibromateux, l'enlever en totalité et sans évacuation préalable, suivant la méthode radicale, actuellement en honneur dans le traitement des fibromes de l'utérus non gravide, et qui nous paraît dans le cas particulier préférable à l'opération de Porro.

Tout ayant été arrêté et préparé, Delbet commence la laparotomie à 10 heures 10, je lui laisse maintenant la parole.

« Je fais sur la ligne blanche une incision verticale qui commence à un centimètre du pubis et se termine à trois centimètres au-dessus de l'ombilic. L'abdomen ouvert, les choses se présen-

tent avec un aspect si singulier qu'il aurait été malaisé de s'y reconnaître sans les renseignements fournis par le toucher. Le col est situé très haut et en avant, au-dessus du pubis. Le corps se recourbe complètement en arrière de telle sorte que le fond repose et se moule sur la paroi abdominale postérieure.

En arrière et au-dessus de la corne droite, on voit un fibrome arrondi du volume du poing. Il plonge dans la concavité sacrée, refoulant le rectum à droite, et il est enveloppé d'adhérences lamellaires qui lui donnent l'air d'être situé sous le péritoine pelvien.

Je recherche d'abord les annexes et les ligaments larges. Ils se laissent facilement soulever du côté gauche. Avec une aiguille mousse je passe un fil de soie en dedans des veinés utéro-ovariennes turgides qui se voient par transparence, et je lie le pédicule utéro-ovarien. Du côté droit la trompe et l'ovaire sont encapuchonnés par des adhérences filamenteuses qui se rompent assez aisément. Après les avoir libérées, je fais comme du côté gauche la ligature du pédicule utéro-ovarien. Puis ayant placé de chaque côté une pince sur la corne utérine, je sectionne obliquement les deux ligaments larges, de façon à ce que les deux sections aboutissent au voisinage du col.

Alors, sans m'occuper du fibrome adhérent dans la profondeur, je libère immédiatement le col. J'ouvre d'abord le cul-de-sac antérieur du vagin, qui se présente en quelque sorte de lui-même. Mais le col ramolli étant difficile à distinguer du vagin, ma section l'intéresse un peu. Il s'écoule quelques gouttes de méconium et un pied se présente. Je place un clamp sur l'orifice du côté et je sectionne le pédicule de l'artère utérine du côté gauche. Les vaisseaux sont pincés à mesure. Je libère le col du cul-de-sac postérieur en taillant ce dernier du vagin vers le péritoine, et je coupe en dernier lieu le pédicule de l'artère utérine droite.

Les vaisseaux utérins sont pincés comme du côté opposé, la perte de sang est à peu près nulle.

Le col est complètement dégagé, mais l'utérus tient encore dans le fond du bassin par le fibrome adhérent. Je fais donc une extirpation rétrograde.

Un aide soulevant vigoureusement la masse, j'incise trans-

versalement le feuillet péritonéal de nouvelle formation qui recouvre le fibrome et je l'exclus de sa loge, assez péniblement d'ailleurs, car les adhérences sont intimes. Je dois chemin faisant pincer plusieurs vaisseaux. Enfin la libération est complète. Utérus et fibrome sont enlevés d'une seule pièce, 30 minutes après le début de l'opération.

Tous les vaisseaux pincés sont liés, je fais un premier surget pour fermer la loge du fibrome, un second en point de matelas sur le cul-de-sac postérieur qui suinte un peu, et je termine par un grand surget en point de Lambert qui, allant d'un pédicule utéro-ovarien à l'autre, affronte les deux feuillets des ligaments larges, ferme le vagin et supprime toute plaie péritonéale.

La paroi abdominale est suturée en un seul plan.

L'opération, pansement compris, a duré exactement une heure.

Vomissements chloroformiques fréquents dans la journée.

1^{er} septembre. — La malade urine spontanément, les vomissements sont devenus plus rares. Pas de ballonnement abdominal. Température 37°,5 le matin, 38° le soir.

2 septembre. — Quelques vomissements dans la nuit, injection de morphine en raison des douleurs qui sont assez vives. Purgatif à dix heures du matin. Première selle peu abondante à six heures du soir. Température 38°,4. Injection de 900 gr. de solution saline dans le tissu cellulaire sous-cutané. Plus de vomissements. Nombreuses selles dans la nuit.

3 septembre. — Herpès des lèvres, l'état devient excellent. La malade s'alimente et dort bien, la température tombe à 37°.

Les fils ont été enlevés le 10 septembre. La réunion était complète. La malade s'est levée le 22^e jour et est sortie en parfait état.

OBSERVATION XXVII

(D^r CH. MONOD. *Annales de Gynécologie*, 1897. 1^{er} semestre, p. 127).

Fibromes utérins. — Grossesse. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison.

La nommée M. . . , âgée de 39 ans, ménagère, entre le 30 octobre 1896, pavillon Gosselin, service du D^r Ch. Monod.

Antécédents. — Mariée à 16 ans, cette malade n'a jamais eu d'enfant, pas de fausses couches. Elle a été réglée à 15 ans sans souffrances. Les règles ont toujours été normales, jamais un seul retard. Pas de ménorrhagie ni de leucorrhée. Santé générale habituellement bonne. Les dernières règles datent du 20 juillet 1896.

Vers le 20 août, époque où la menstruation aurait dû se faire, la malade ressent pour la première fois des douleurs dans le ventre, irradiant dans les lombes et dans les jambes, exaspérées par la marche, d'ailleurs peu intenses.

On relève par l'interrogatoire des signes probables de grossesse qui se seraient manifestés à ce moment : nausées, quelques vomissements, lassitude générale, picotements au niveau des seins qui auraient légèrement augmenté de volume, l'appétit et les digestions sont restés bons.

Ces divers incidents n'ont pas empêché la malade de travailler jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Elle n'a aucune idée qu'elle puisse être enceinte — après 23 ans d'un mariage jusqu'ici resté stérile, et ne vient consulter que pour les tumeurs volumineuses qui distendent son ventre et dont elle demande à être débarrassée.

Etat à l'entrée. — L'état général de la malade est excellent, l'attention n'est attirée tout d'abord que par le ventre qui se présente sous l'aspect suivant :

Inspection — A première vue, le ventre est gros, on voit se dessiner sur la peau dans le flanc gauche, au niveau et à la hauteur de l'ombilic, une saillie globuleuse qui semble avoir le volume d'une tête de fœtus à terme.

Palpation et percussion. — Il existe deux tumeurs distinctes. La première, celle qui forme une saillie visible, siège dans le flanc gauche, débordant vers l'hypochondre, sa limite supérieure est à deux bons travers de doigt au-dessus de l'ombilic, de consistance dure, fibreuse, absolument mate à la percussion, indolore, elle jouit d'une mobilité relative, se laisse facilement refouler vers la ligne médiane qu'elle dépasse pour reprendre aussitôt sa position première. Sa forme est assez régulièrement arrondie dans ses segments supérieurs ; infé-

rieurement, elle se confond avec la seconde tumeur et avec les organes du petit bassin ; elle ne suit aucunement les mouvements respiratoires, elle est d'ailleurs manifestement distincte du foie.

Le seconde tumeur occupe la fosse iliaque droite, elle est moins volumineuse et ne fait point de saillie appréciable ; sa limite supérieure, qui décrit une courbe arrondie à concavité inférieure, s'arrête à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic, elle déborde un peu dans le flanc droit. Indolore, maté comme la précédente, ne suivant pas non plus les mouvements respiratoires, séparée du foie par une zone de sonorité, elle n'est pas mobile, et diffère surtout de la première tumeur par une fluctuation manifeste, c'est absolument la sensation que peut donner une collection kystique contenue dans une poche résistante.

Les 2 tumeurs se confondent et semblent unies par une base commune sur la ligne médiane à l'hypogastre.

Toucher. — Le toucher devait révéler l'existence d'une troisième tumeur. On tombe immédiatement, en effet, par le toucher vaginal, sur une grosse masse dure, de dureté fibreuse, qui remplit le cul-de-sac postérieur et latéral droit. Il semble par le toucher combiné qu'elle se continue avec l'une ou l'autre des 2 tumeurs abdominales, — plutôt, peut-être, avec la seconde — les pressions exercées sur celles-ci se transmettent un peu mieux au doigt vaginal appliqué sur la tumeur inférieure.

Cette tumeur est enclavée dans le petit bassin et ne jouit que d'une mobilité douteuse.

Le col utérin, un peu mou, entr'ouvert, est repoussé en avant, on sent mal le corps de l'utérus qui se confond avec les masses abdominales. Par le toucher combiné, les pressions exercées sur celles-ci se transmettent au col utérin.

Par le *toucher rectal*, on retrouve la tumeur inférieure qui fait dans l'intestin une saillie considérable. Il semble que par là on puisse la mobiliser et la refouler en haut.

Diagnostic. — Un premier diagnostic s'impose, celui de tumeurs fibreuses — probablement sous-péritonéales, à cause de l'absence de métrorrhagies — pour la première et la troi-

sième tumeurs. Pour la seconde, il est plus indécis. On songe à la possibilité soit d'un kyste ovarique, soit plutôt d'une grossesse extra-utérine.

En effet, outre la suppression très nette et brusque des règles, jusque-là régulières, et les signes probables de grossesse dont il a été parlé, il existe autour du mamelon des tubercules de Montgomery et sur la ligne blanche de l'abdomen une pigmentation assez nette.

On ne s'arrête guère à l'idée d'une grossesse normale compliquée de fibromes. On comprend que dans ces conditions on se soit décidé à une intervention radicale, instamment demandée d'ailleurs par la malade.

Opération, 7 novembre 1896, avec le concours du D^r Arrou. Laparotomie médiane, incision sous-ombilicale presque aussitôt prolongée au-dessus de l'ombilic. Le ventre ouvert, on découvre immédiatement la tumeur droite, elle est lisse, d'aspect charnu, et contient évidemment du liquide; son aspect est celui de l'utérus distendu ou d'un corps fibreux mou. La laissant en place, je vais à la recherche de la seconde tumeur, celle de gauche, qui s'enfonce sous la lèvre gauche de l'incision; celle-ci est dure, mobile et est facilement amenée dans la plaie, c'est évidemment un fibrome. Elle se confond à sa base avec la tumeur de droite. Dans l'effort que je fais pour l'amener dans la plaie, la tumeur de droite, suivant le mouvement, comprimée latéralement, crève et laisse échapper en même temps qu'un liquide abondant, clair, un petit fœtus de 4 mois environ. Des éponges en grand nombre étanchent le liquide écoulé; d'autres refoulent la masse intestinale d'autant plus aisément que la malade est aussitôt placée en position déclive.

Continuant l'exploration du ventre, je plonge la main dans l'excavation, où je découvre sans peine la troisième tumeur sentie par le toucher vaginal. Comme les précédentes, elle est libre de toute adhérence et peut très facilement, elle aussi, être amenée dans la plaie. Cette troisième tumeur, comme la première, n'est autre qu'un fibrome.

J'ai, en somme, actuellement en main et hors du ventre l'utérus gravide vidé, et revenu sur lui-même, flanqué de deux grosses tumeurs fibreuses, le col utérin, très allongé, leur

forme comme un pédicule commun qui s'enfonce dans le petit bassin.

Il m'est facile de placer deux clamps sur le segment inférieur de l'utérus à l'origine du col, au-dessous des tumeurs, clamps embrassant les deux ligaments larges. Une section faite au-dessus d'eux libère définitivement l'utérus et les deux tumeurs.

Je complète l'opération par l'extraction, en un second temps, du moignon utérin restant et du col.

En prévision d'une hystérectomie abdominale totale, et de manœuvres possibles par le vagin, celui-ci avait été lavé, brossé, irrigué et finalement tamponné à la gaze iodoformée.

Je prie M. Arrou d'introduire par la vulve un long clamp courbe et de le pousser jusque vers le cul-de-sac postérieur. Sur cette pince, dont je sens nettement l'extrémité derrière le moignon utérin, j'incise le vagin et à travers l'ouverture ainsi faite, je vais saisir le col que j'attire en haut. Je le dégage au bistouri et au ciseau, de ses insertions vaginales, à gauche d'abord, puis en avant (une sonde dans la vessie indiquant la situation de celle-ci et permettant de l'éviter), puis à droite par arrachement.

Le moignon utérin est ainsi complètement enlevé. J'ai supprimé, au cours de cette dernière manœuvre, les deux pince-clamps, placées sur les ligaments larges, saisissant à mesure les artères qui saignaient.

Ces artères sont maintenant liées avec des fils de soie, dont les chefs, laissés longs, sont ramenés par le vagin à la vulve. Je place ainsi quatre à cinq ligatures.

Pour fermer la large ouverture péritonéo-vaginale résultant de l'ablation du col, je fais deux surjets à la soie, l'un à droite, l'autre à gauche, auxquels j'ajoute quelques points séparés. Tous ces fils embrassent à la fois les bords des tranches vaginales et le péritoine.

Les chefs de ces fils sont, comme les précédents, amenés par le vagin à la vulve.

En tirant sur l'extrémité de ces fils, on constate que l'ouverture vagino-péritonéale plissée en bourse est bien fermée.

Pour plus de sûreté, en raison du liquide qui est écoulé dans le péritoine, je pousse jusqu'au fond du petit bassin une mèche

de gaz à la Mickulicz avec un drain dont l'extrémité supérieure sortira par la partie inférieure de la plaie.

Celle-ci est fermée par une suture au crin de Florence à un étage. L'opération proprement dite a duré 35 minutes. Mais plus d'une heure s'est écoulée depuis le début de la chloroformisation jusqu'au retour de la malade à son lit.

Suites. — Bonnes, choc peu considérable. Injections sous-cutanées de sérum, le premier et le deuxième jours (400 et 500 gr.).

La température oscillaire restée aux environs de 37° les six premiers jours, s'élève le septième à 38°,9 sans cause appréciable, pour retomber dès le lendemain à la normale et y rester.

Le poulx a atteint 130 et 140 les deux premiers jours, il revient aux environs de 100 le troisième jour et y demeure jusqu'au quatorzième, puis redevient normal.

Le Mickulicz est enlevé le 9 novembre, il est remplacé par un drain qui est lui-même supprimé le 11, le suintement a été peu abondant.

Du côté du vagin, qui a été garni de gaze iodoformée, rien à noter jusqu'au huitième jour. Ce jour, lendemain de l'élévation passagère de la température, et le suivant, la malade expulse quelques gros caillots. On la soumet dès lors à des injections vaginales d'eau bouillie renouvelées deux fois par jour, l'eau du lavage sort rosée pendant cinq à six jours.

Les fils pendant à la vulve se détachent soit d'eux-mêmes, soit à la suite de légères tractions, du 17 au 30 novembre. Ceux de la plaie ont été enlevés le 17 novembre, réunion parfaite sauf le trajet du drain.

La malade, en très bon état, est ramenée le 30 novembre du pavillon d'isolement à la salle commune. Elle commence à se lever. La petite ouverture résultant du passage du drain est occupée par une croûte et peut être considérée comme guérie.

Impatiente de rentrer chez elle, M... se sentant en état de sortir et prétendant des affaires de famille, fait signer sa pancarte par le directeur, dans l'après-midi du 4 décembre, et quitte l'hôpital sans prendre congé de nous. Elle n'a pas été revue.

OBSERVATION XXVIII

(Dr MOUCHET, Hôtel Dieu de Sens, *Annales de Gynécologie* 1897, 2^e semestre, page 80).

Opération césarienne suivie de l'hystérectomie totale chez une femme en travail atteinte d'un gros fibrome de l'utérus. — Enfant vivant. — Guérison.

Femme M., âgée de 38 ans, très bien portante, a eu 11 grossesses, 5 enfants vivent encore. Il y a 18 mois, elle a remarqué que son ventre grossissait et que ses règles devenaient plus abondantes. Elle se présente à notre consultation, et nous constatons l'existence d'un corps fibreux assez volumineux développé à gauche et remontant jusqu'à l'ombilic. Comme elle n'en éprouve aucune gêne sérieuse, nous lui recommandons de revenir si la tumeur augmente ou si une nouvelle grossesse survient.

Onze mois après, en octobre dernier, cette femme entre à la maternité, ressentant quelques malaises et se disant sur le point d'accoucher. Nous reconnaissons une grossesse de 8 mois à 8 mois et demi, mais le ventre est irrégulièrement développé.

A gauche, on sent une tumeur occupant une partie de l'abdomen et dépassant l'ombilic ; à droite l'utérus fait une saillie considérable jusqu'au sternum et sous le diaphragme. Les deux tumeurs se confondent en une seule sur la ligne médiane où existe une sorte de sillon profond constituant ainsi une ligne de démarcation très nette.

A gauche, la palpation donne une sensation plus dure qu'à droite et l'on perçoit les parties fœtales.

La tête est située en bas au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure, le dos en avant et en dehors et le siège en haut. Le maximum des bruits du cœur est à droite et en bas. Le toucher vaginal fait constater que le col très élevé est porté en dehors et à droite, qu'il est en partie effacé et assez dilaté pour admettre un doigt. On ne sent aucune partie fœtale, mais seulement les membranes. A gauche, tumeur dure faisant corps avec l'utérus et occupant la plus grande partie du bassin.

Comme il n'existe au moment de notre examen aucune douleur, nous prévenons la femme M... qu'elle ne pourra accoucher naturellement et qu'une intervention grave sera nécessaire. Il est convenu, d'autre part, que nous serons averti dès le début du travail ou aussitôt après la rupture des membranes. La poche des eaux se rompt à onze heures du soir, mais comme la parturiente n'accuse que de très légères douleurs, on ne juge pas à propos de nous envoyer chercher.

Le lendemain à neuf heures seulement, nous constatons par les parties maternelles l'écoulement d'une certaine quantité de méconium. Les battements du cœur de l'enfant sont faibles, aucune partie fœtale ne se présente ; contractions utérines très modérées.

Nous décidons de pratiquer une opération césarienne suivie de l'ablation de l'utérus et du fibrome.

Pour vaincre l'hésitation de quelques-uns de nos confrères appelés à donner leur avis, nous proposons, une fois la malade sous le chloroforme, d'introduire la main dans le vagin pour s'assurer de l'impossibilité absolue de l'accouchement par les voies naturelles.

L'anesthésie étant complète, nous pouvons à peine engager deux doigts dans le col tant il est comprimé et refoulé à droite par la tumeur. Nous sentons la tête en occipito-iliaque droite antérieure, et à gauche et en avant une masse dure, irrédactable, qui n'est autre que le fibrome enclavé dans le bassin.

Après nouvelle désinfection des mains, nous pratiquons la laparotomie ; incision de 20 à 25 centimètres du pubis, au-dessus de l'ombilic l'utérus gravide et fibromateux apparaît ; nous l'attirons en dehors du ventre, et pendant que deux aides tiennent un lien élastique au-dessus du col, prêts à serrer pour l'hémostase, nous incisons l'utérus sur une longueur de 10 à 12 centimètres à droite, un peu en dehors de la ligne médiane, à cause du voisinage du fibrome. Plusieurs jets de sang, aussitôt arrêtés par la constriction du lien, s'échappent de la paroi utérine et nous extrayons rapidement un enfant violacé, mais qui ne tarde pas à respirer. Le placenta est laissé dans l'utérus fortement rabattu en avant pour éviter tout écoulement de sang et de méconium dans le ventre. Nous procédons ensuite à l'hystérectomie. La malade est mise en position inclinée, hémostase

préventive seulement sur la partie supérieure des ligaments larges en dehors des annexes ; le lien élastique enlevé, formation d'une collerette péritonéale en arrière, perforation du cul-de-sac de Douglas au niveau du col senti au moyen du doigt, désinsertion du vagin à droite et à gauche, et pincement des utérines au fur et à mesure que la dissection les découvre, section du vagin en avant et décollement de la vessie.

L'utérus détaché, des ligatures sont jetées sur les utérines et les utéro-ovariennes très volumineuses ; enfin, suture transversale en surjet au catgut du péritoine antérieur et postérieur. Toutes les ligatures se trouvent ainsi en dehors de la cavité péritonéale dans le vagin qui est lavé au sublimé et tamponné à la gaze iodoformée. La paroi abdominale est fermée par trois plans de suture sans drainage.

L'opération a duré environ une heure et demie, suture et pansement compris. La quantité de sang perdu a été relativement très minime et le choc opératoire de moyenne intensité.

Les suites furent très simples, pas de vomissements chloroformiques ni élévation de température, sauf un seul jour. Les fils furent enlevés le neuvième jour ; la réunion était parfaite, malgré l'existence au niveau de l'ombilic d'un très petit abcès tari en quelques jours. La guérison était complète et la malade pouvait se lever le 16^e jour.

A aucun moment la femme M..., qui avait toujours eu beaucoup de lait et avait allaité tous ses enfants, n'a été gênée par le gonflement des seins, ils sont restés flasques sans sécrétion lactée apparente. L'enfant était une fille du poids de 2,700 grammes, bien conformée quoique venue avant terme ; après avoir respiré, crié et bu quelques cuillerées de liquide, cette enfant, qui, malgré nos recommandations, n'avait pas été placée dans la couveuse, a succombé 20 heures après sa naissance à des symptômes asphyxiques.

La tumeur enlevée, comprenant l'utérus, les annexes et le fibrome, pesait 5 kil. 950. Le fibrome seul, énucléé de sa loge située en avant dans le segment inférieur de l'utérus, pesait 1,550 grammes.

Cette observation nous suggère les réflexions suivantes : l'impossibilité absolue d'amener un enfant par les voies naturelles étant reconnue, devons-nous sacrifier l'enfant en recou-

rant à l'embryotomie et remettre à une époque ultérieure l'ablation du fibrome avec ou sans l'utérus? Nous n'avons pas hésité, l'enfant vivant encore, à pratiquer la gastro-hystérectomie. L'enfant extrait, fallait-il fermer la plaie utérine et différer toute autre opération?

Malgré la durée plus longue de l'acte opératoire, nous avons jugé qu'il était préférable d'enlever la tumeur avec l'utérus et les annexes; l'énucléation d'un fibrome dans un utérus gravide pouvant présenter de grandes difficultés et s'accompagner d'une hémorragie des plus graves. De plus, notre malade, âgée de 38 ans, avait eu onze grossesses et était mère de 5 enfants. Cette considération devait entraîner notre décision, que les suites si simples de l'opération ont pleinement justifiée. Mais nous regrettons de n'être pas intervenu la veille, avant même le début du travail; l'enfant, moins affaibli, aurait certainement survécu.

En résumé, la gravité de l'hystérectomie abdominale totale étant beaucoup moindre par les perfectionnements de plus en plus grands de la technique opératoire, les indications au point de vue obstétrical deviendront plus nombreuses. Quelles que soient les causes de la dystocie appartenant à la mère, tumeurs utérines et pelviennes, rétrécissements extrêmes du bassin, l'hystérectomie, suivie de la castration totale, devra être pratiquée de préférence à l'embryotomie.

Nous avons suivi en partie le procédé opératoire préconisé par le docteur Doyen au congrès de Genève: ablation de l'utérus de bas en haut après perforation du cul-de-sac de Douglas et préhension du col sans hémostase préventive, sauf sur les utéro-ovariennes, beaucoup trop volumineuses pour les ouvrir sans pincement préalable, puis fermeture du péritoine pelvien au-dessus de toutes les ligatures.

OBSERVATION XXIX

(MONPROFIT. *Revue de Gynécologie et de chirurgie abdominale*, juin 1899, p. 395. — Observation recueillie par M. Tardif.

M^{me} X..., âgée de 42 ans, excellente constitution, a été réglée à treize ans, et bien régulièrement jusqu'en 1893. Le

20 octobre 1893, abondante métrorragie qui cesse au bout de huit jours et à laquelle succède un écoulement sanguin, qui pendant six mois n'a pas cessé. L'examen de l'abdomen pratiqué à ce moment (octobre 1893) n'aurait révélé aucune tumeur.

En avril 1894, on constate la présence d'une tumeur abdominale, régulière, de consistance ferme, remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur est mobile dans le sens transversal.

Le toucher vaginal dénote en avant et en arrière une tuméfaction appartenant à la matrice, dure, non douloureuse. Le col gros est enfoui entre ces deux tuméfactions.

Le toucher rectal dénote aussi une tumeur lisse, résistante, qui presse sur le rectum aussi loin que le doigt peut atteindre. Il s'agit en somme d'un fibrome utérin type : l'ablation est proposée et non acceptée.

On conseille alors le repos, les préparations d'ergotine et d'hydrastine ; pendant deux années, rien de bien intéressant à noter, si ce n'est trois hémorragies très abondantes qui ont cédé aux traitements médicaux habituels. En outre, à plusieurs reprises, sont survenues des coliques hépatiques avec ictère, la vésicule a été distendue et douloureuse, puis est redevenue normale.

En 1896 (mars), je suis appelé à voir la malade et je conseille l'ablation du fibrome, mais la malade s'y refuse encore.

La tumeur augmente progressivement de volume ; en janvier 1897 elle a atteint l'ombilic. En mai 1897 suppression complète des règles qui fait croire à la ménopause, mais au bout d'un mois surviennent des nausées et des vomissements de plus en plus fréquents.

A la fin d'avril, l'utérus s'est développé surtout dans sa partie supérieure droite ; on trouve là une tumeur résistante dont les contours supérieurs sont nets et qui se perd de façon insensible sur l'utérus dont le niveau gauche est à la hauteur de l'ombilic.

A la fin de mai, les vomissements sont incessants et de plus en plus graves, la malade ne peut plus supporter aucun aliment et s'amaigrit rapidement.

La tumeur utérine se perd à droite sur le foie ; à gauche, elle dépasse l'ombilic et se rapproche des fausses côtes. Le

ventre est saillant et douloureux, la masse intestinale est refoulée à gauche et en arrière. Les seins sont développés et présentent les modifications dues à la conception. Le diagnostic de grossesse compliquant le fibrome paraît probable. Nous voyons la malade avec M. Monprofit qui partage le même avis, et qui propose l'intervention, devant l'affaiblissement et l'amaigrissement progressifs de la malade.

Intervention le 11 juin 1897. Hystérectomie abdominale totale, extraction de l'utérus en son entier, sans ouverture du kyste fœtal qui est bien situé à droite. Extraction du col par le cul-de-sac postérieur selon le procédé de Doyen, hémostase progressive au moyen de pinces hémostatiques placées sur les ovariennes et les utérines au moment de les sectionner. Extraction rapide et perte de sang insignifiante.

Ligature à la soie, fermeture du vagin, suture en surjet du péritoine, pas de drainage.

Guérison très rapide et très simple. La malade peut rentrer chez elle le 26 juin, deux semaines après l'intervention, et depuis lors, son état de santé est demeuré parfait.

OBSERVATION XXX

(MONPROFIT. *Revue de Gynécologie et de chirurgie abdominale*, juin 1899, p. 397).

M^{me} G. . . , âgée de 36 ans, entre dans mon service le 12 août 1897, pour une tumeur abdominale.

Réglée à 13 ans, toujours régulièrement; deux grossesses; première en 1888, grossesse normale, fille vivante, bien portante.

Deuxième grossesse, deux ans après; avortement à trois mois s'accompagnant d'une violente hémorragie, puis de fièvre. Assez long séjour au lit à la suite, faiblesse prolongée.

Depuis quelques mois la malade éprouve de la peine à uriner. Au mois de décembre 1896, la difficulté devient absolue; en même temps apparaît de l'œdème des membres inférieurs jusqu'à mi-corps avec douleur dans les reins.

Cette crise dure sept ou huit semaines.

Depuis quatre mois la malade s'aperçoit de la présence d'une

grosseur dans la partie inférieure du ventre, grosseur qui augmente rapidement de volume.

Les règles ont été normales jusqu'au 5 juin dernier. Depuis elles ont disparu. La malade se plaint de douleurs lombaires et anales. Les urines sont normales, l'appétit est conservé, la santé générale est assez bonne.

A l'examen de l'abdomen, on constate la présence d'une tumeur faisant corps avec l'utérus et remontant jusqu'à l'ombilic, très mobile latéralement. Cette tumeur dure et assez régulière semble formée de deux masses principales dont la supérieure, arrondie, est très superficielle.

Au toucher vaginal, on trouve le col largement ouvert, le cul-de-sac antérieur est libre et profond, le postérieur est effacé et rempli par deux masses dures, arrondies, séparées par un sillon.

En appuyant fortement sur ces masses, on fait mouvoir l'utérus ; en somme : fibrome utérin avec, peut-être, produit de conception.

Intervention le 17 août. Ouverture de l'abdomen. Le fibrome apparaît violacé, couvert de vaisseaux volumineux ; on l'attire à l'extérieur ; pincement et section des ligaments larges droit et gauche, dissection de la collerette péritonéale. Ouverture du vagin en arrière. Ablation de la tumeur. Mise en place de la valve abdomino-vaginale. Suture du vagin et de la collerette péritonéale par deux surjets de soie fine. Ligature à la soie. Examen de la pièce : poids 1 kilog. 300. La partie inférieure est molle et fluctuante, en sectionnant le col longitudinalement on arrive sur un sac transparent qui laisse échapper un liquide clair et un petit fœtus d'environ deux mois et demi.

A droite, à gauche et au-dessus, existent des fibromes.

Suites opératoires. — Absolument normales ; la malade complètement guérie au bout de quinze jours, rentre chez elle trois semaines après l'opération.

BASSINS VICIÉS

OBSERVATION XXXI

(ROSSI. *Ann. di Ostetri Ginec.*, Milan, t. 16, p. 74 à 87).

IV pare de 30 ans à terme, en travail depuis quelques heures, bassin ostéomalacique, diamètre bi-ischiatique 55^{mm}. Opération césarienne suivie d'hystérectomie totale à la Martin. Ligature et section des ligaments larges, incision circulaire du péritoine, desinsertion du vagin, hémostase à la soie, suture du vagin et du péritoine.

La malade guérit sans fièvre.

L'enfant vivant.

OBSERVATION XXXII

(RIEPPI. *Ann. di Ostet. et Ginec.* Milan, 1895, n° 12).

I pare de 30 ans. Bassin rachitique c. v. 65^{mm}. Taille 1^m,54. A terme au début du travail, opération césarienne. Utérus inerte, saignant. Extirpation totale. Suture du vagin et du péritoine. Drainage à la gaze iodoformée, par l'angle supérieur de la plaie abdominale (enlevé le 4^e jour), puis suture.

L'opérée guérit sans fièvre.

L'enfant vivant pesait 2,850 grammes.

OBSERVATION XXXIII

(RIEPPI. *Ibid.*)

I pare de 22 ans. Conjugué vrai 55^{mm}, amenée en travail (depuis la veille) examinée au dehors, poche rompue.

Opération césarienne suivie d'extirpation totale indiquée à la fois par l'inertie utérine et le rétrécissement absolu. Drainage par la plaie abdominale, enlevé le 5^e jour. Suture.

Guérison avec légère fièvre. — Sortie le 20^e jour. Enfant vivant pesant 3,600 grammes.

OBSERVATION XXXIV

(RIEPPI *Ibid*).

I pare. Conjugué vrai de 45 mm. Envoyée par un médecin de la ville, en travail, poche rompue. Opération césarienne et hystérectomie abdominale totale. Pas de drainage.

Guérie sans réaction. Sortie 27 jours plus tard.

Enfant vivant pesant 3,000 grammes.

OBSERVATION XXXV

(SCHAUTA. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, t. II, p. 152).

XI pare. 43 ans, bassin ostéomalacique à rétrécissement absolu. Opération césarienne au début du travail suivie d'hystérectomie totale. Suture du péritoine.

Guérison et enfant vivant.

OBSERVATION XXXVI

(PANTALONI. *Arch. provinc. de chirurgie*, t. VI, n° 2, p. 118,
1^{er} février 1897).

I pare. 28 ans à terme, ankylose de 2 hanches, suite de coxalgie. Accouchement jugé impossible par les voies naturelles. Opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale. Drainage abdominal les trois premiers jours.

L'opérée guérit très bien. Les suites furent celles d'un accouchement normal. Elle se lève le 21^e jour. L'enfant vivant pèse 2,300 grammes.

OBSERVATION XXXVII

(PINARD et SEGOND (Inédite). *Annales de Gynécologie et d'obstétrique* 1897, 1^{er} semestre, p. 123).

I pare. De 41 ans, à terme, en travail depuis 21 heures, amenée du dehors, examinée en ville par une sage-femme et un médecin : femme albuminurique. Bassin rachitique, Con-

jugé vrai 75 à 85 mm., œuf ouvert, liquide vert, battements irréguliers 120 à 170 t° 37°4. Pouls 120. Opération césarienne par Pinard. Hystérectomie totale par Segond.

La malade mourut 50 heures après l'opération. La température n'a pas dépassé 37°8. Pouls 120 à 160. Vomissements, ballonnement considérable du ventre, faciès abdominal, extrémités froides. A l'autopsie on ne trouve pas de péritonite évidente, seulement deux cuillerées de liquide sanguinolent.

Enfant vivant, pesant 2,850 grammes, ranimé après 15 minutes d'insufflation.

OBSERVATION XXXVIII

(PINARD et SEGOND. *Annales de Gynécologie* 1897, 1^{er} semestre, page 97).

Gastro-hystérectomie suivie de l'hystérectomie totale chez une femme en travail à terme, ayant un rétrécissement extrême du bassin.

La malade fut présentée par M. Pinard à l'Académie de médecine le 19 janvier 1897, un mois après l'opération.

Femme H... (Adelaïde), âgée de 32 ans, primipare n'ayant marché qu'à l'âge de 8 ans, dont la taille mesure 1 mètre 15 centimètres et présentant une déformation du squelette extrêmement prononcée. Les membres inférieures très peu développés et d'inégale longueur, sont incurvés. La colonne vertébrale offre un beau type de scolio-syphose. Le bassin est asymétrique. Le diamètre promonto sous-pubien mesure 7 centimètres 8 mm. et la ligne innominée du côté droit est rectiligne et se trouve environ à 2 centimètres de l'angle sacro-vertébral, c'est-à-dire que le côté droit du petit bassin n'existe pour ainsi dire pas.

Cette femme, qui avait eu ses dernières règles à la fin de janvier 1896, vient me consulter le 29 octobre, et après avoir fait les constatations rapportées ci-dessus je pensai qu'en raison du rétrécissement et de l'asymétrie du bassin, ce cas n'était justiciable d'aucune pelvitomie, et que la seule conduite rationnelle à tenir était de laisser la grossesse aller à terme et de

pratiquer au début du travail une opération césarienne. Elle resta donc au dortoir de la clinique Baudeloque du 27 octobre au 16 décembre, et pendant ce laps de temps ne présenta pas le moindre accident. Malgré l'étroitesse de la cavité abdominale et la déformation du thorax sous l'influence du repos, la grossesse évolua normalement, l'utérus étant sorti presque entièrement de la cavité abdominale et retombant entre les membres inférieurs.

Les premières contractions douloureuses se montrèrent le 16 décembre à 7 heures du matin. Après avoir pratiqué un nouvel examen du bassin, je résolus de pratiquer une gastro-hystérectomie suivie de l'hystérectomie totale, contrairement à la conduite que j'avais suivie jusque là dans des cas semblables où je pratiquais la gastro-hystérectomie suivie de l'amputation utéro-ovarine, dite opération de Porro.

L'anesthésie ayant été pratiquée et la toilette faite, j'incisai la paroi abdominale sur une étendue assez considérable pour me permettre de faire sortir l'utérus de la cavité abdominale.

Des pinces rapprochèrent immédiatement les deux lèvres de la partie supérieure de l'incision de façon à empêcher l'issue des intestins. Je soulevai alors l'utérus, et un fort lien élastique fut placé à la partie inférieure de l'utérus, au ras de la paroi abdominale, de façon à assurer l'hémostase pendant la section de l'utérus. J'incisai alors l'utérus et procédai à l'extraction de l'enfant.

Je laisse maintenant la parole à mon collaborateur Segond, à qui je confiai à ce moment la direction et l'exécution de l'opération.

L'extraction du fœtus et l'énucléation du placenta une fois terminées, l'hémostase des bords de la plaie utérine a été assurée par deux pinces à longs mors ; bien entendu, j'ai supprimé le lien élastique fixé autour du col pendant la première partie de l'opération, c'est-à-dire pendant la prise du fœtus, et la malade étant placée sur le plan incliné, j'ai procédé à l'ablation totale de l'utérus et de ses annexes, en adoptant la marche opératoire de la méthode d'hystérectomie abdominale con nue sous le nom de méthode américaine, laquelle doit être, à mon avis, considérée aujourd'hui comme la méthode de choix.

Cette méthode, on le sait, se caractérise d'abord par ce fait que l'ablation se pratique en bloc et par une incision continue de gauche à droite ou de droite à gauche « by continuous incision from left to right or from right to left (Howard Kelly. Bull. of the John's Hopkins hospital, Baltimore fév. 1896, p. 27) ».

En d'autres termes, et pour ne parler que du sens opératoire qui me paraît le meilleur, le chirurgien, placé à droite de la patiente, s'attaque d'abord au bord supérieur du ligament large gauche, en dehors des annexes, le sectionne de haut en bas pour pénétrer ensuite dans le vagin, déloger le col, renverser de son côté la masse utéro-ovarienne, et la libérer finalement en sectionnant le ligament large droit de bas en haut. Grande sécurité opératoire, perfection du drainage vaginal; simplicité de l'arsenal instrumental; enfin, et surtout, suppression de ligatures en masse avec fils énormes et possibilité, précieuse entre toutes, de découvrir un à un les vaisseaux entre les feuillets des ligaments larges pour les lier successivement et sûrement avec des fils fins et solides, tels sont les principaux avantages de cette manière de faire, que j'emploie exclusivement depuis quelques mois, et dont l'application, dans le cas actuel, s'est montrée particulièrement satisfaisante.

En peu de mots voici comment se sont succédé les temps opératoires.

Ligature et section de l'artère utéro-ovarienne gauche en dehors des annexes; même manœuvre pour l'artère du ligament rond; et, d'un coup de ciseau, section du ligament large de haut en bas jusqu'à l'artère utérine. Isolement soigné, ligature et section de celle-ci, puis au-dessus d'elle, dans le cul-de-sac latéral, ouverture directe du vagin sans autre guide que la perception digitale du col au travers des parties molles. Par cette brèche vaginale latérale préhension et renversement du museau de tanche en haut et à droite, à l'aide d'une pince appropriée; puis, en quelques coups de ciseaux, libération du col en arrière et en avant, avec la précaution d'entailler à ce niveau et sur la face utérine antérieure un lambeau péritonéal suffisant. Enfin, continuation des tractions sur le col en haut et à droite, jusqu'à la découverte fort simple de l'utérine cor-

respondante : ligature de celle-ci et section du ligament large droit de bas en haut avec ligatures successives de l'artère du ligament rond et de l'utéro-ovarienne.

Donc en tout, six ligatures maîtresses, auxquelles j'ai dû en ajouter seulement deux autres sur la tranche vaginale, pour parachever l'hémostase.

Cela fait, le foyer opératoire s'est montré complètement étanché, j'ai paré simplement les surfaces cruentées en ramenant au-dessus d'elles les lambeaux péritonéaux disponibles, sans prendre la peine d'allonger l'intervention par un surjet péritonéal. J'ai terminé en assurant le drainage par une mèche de gaze iodoformée placée dans le vagin. Bien entendu, j'ai fermé complètement la plaie abdominale.

La durée de cette opération a été de une heure ; il va sans dire que je parle de la seule durée opératoire utile à connaître, c'est-à-dire de la durée totale, hémostase et sutures comprises, sans m'inquiéter un instant du temps que j'ai pu mettre à sortir l'utérus du ventre pour le jeter dans un plat.

Les suites opératoires ont été des plus simples.

Une seule ascension thermique se montra le cinquième jour et fut sans conséquence. Les fils de la plaie abdominale ont été enlevés le 10^e jour. La mèche de gaze iodoformée fut retirée le 13^e jour, et cette femme qui allaite son enfant, depuis le lendemain de son opération, s'est levée au bout de trois semaines et est en parfait état.

L'enfant, qui se mit à crier aussitôt sorti de l'utérus, contrairement à ce qu'on observe en pareil cas, pesait 3,600 grammes (1), poids énorme étant donnée la petite taille de la mère, mais qui ne m'étonne pas, étant donné le repos de la mère pendant les derniers mois de la grossesse et l'impossibilité pour le segment inférieur de l'utérus de pénétrer dans l'excavation. C'est là un point que je ne fais que signaler aujourd'hui, me réservant d'en entretenir ultérieurement l'Académie.

Il me reste à exposer maintenant les raisons pour lesquelles j'ai adopté cette nouvelle opération déjà pratiquée dans les cas de myomes compliquant la grossesse et le travail.

(1) L'enfant présenté avec la mère un mois après cette opération pesait 3.880 grammes.

Partisan, jusqu'alors, de l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique, excellente opération qui m'a donné de très bons résultats, et encore dans deux cas l'année dernière j'ai modifié ma manière de faire, non pas seulement parce que l'absence du moignon rend les suites opératoires beaucoup plus courtes, mais encore et surtout parce que cette nouvelle opération pourra, à mon avis, permettre de pratiquer avec succès l'opération césarienne dans les cas d'utérus infectés, ce qu'on n'osait pas faire et ne faisaient pas les césariens les plus résolus.

Dans les cas de rétrécissements du bassin, alors que des manœuvres infructueuses avaient été faites dans l'utérus, que des symptômes pouvaient faire croire à un début d'infection et que l'enfant était vivant, beaucoup d'accoucheurs préféraient tuer l'enfant et le broyer, plutôt que de pratiquer l'opération césarienne.

Il me semble que la gastro-hystérectomie suivie de l'hystérectomie totale, doit faire disparaître du seul petit terrain où on pouvait la discuter encore l'embryotomie sur l'enfant vivant.

Si je ne me trompe, c'est là un progrès que nous devons à la chirurgie contemporaine. L'avenir dira si je suis dans la vérité ou dans l'erreur.

OBSERVATION XXXIX

(BROSSET. *Thèse pour le doctorat*, Paris, 1898, page 91.)

F..., 11 pare, entre à la clinique Baudelocque le 17 août, dans la salle des femmes enceintes. Présentation du siège. Placenta sur le segment inférieur. Hémorragie pendant la grossesse. Application de la ceinture eutocique pour fixer la tête en bas. D. R. du 3 au 7 décembre H. U. 33.

Début du travail le 24 août, à 2 heures du soir. La femme est amenée à la salle de travail perdant un peu de sang. La dilatation est comme 1 franc. M^{lle} Rose pratique la rupture des membranes et arrive sur une partie de placenta décollé.

Bruits du cœur normaux.

A 5 h. 45, dilatation presque complète. La femme pousse à 5 h. 50. Frisson violent qui dure 10 minutes. Pendant ce temps on ne peut ausculter. La tête, d'abord élevée, s'engage rapidement ; les bruits du cœur cessent tout à coup.

A 6 h. 10, expulsion d'un fœtus mort du poids de 2,570 grammes. Température aussitôt l'accouchement, 40° 4 ; pouls, 150.

A 6 h. 30, hémorragie grave. Extraction manuelle du placenta par M^{lle} Rose et injection intra-utérine très chaude.

Soir du premier jour et matin du deuxième jour, température normale.

Soir du deuxième jour, 37° 8. Injection intra-utérine. Lochies infectes. 10 gr. de sérum de Marmoreck.

Soir du troisième jour, 38° 6. Injection intra-utérine et 10 gr. de sérum.

Soir du quatrième jour, 39° 2. Injection intra-utérine et 10 gr. de sérum.

29 août matin, cinquième jour, 38° 9. Irrigation continue jusqu'au 31 au soir ; 10 gr. de sérum.

A 9 h. 30 du soir, curetage par M. Wallich. Extraction de débris de caduque infects.

A 10 h. 30, frisson durant 15 minutes.

Le 30. Injection intra-utérine. 10 gr. de sérum de Marmoreck.

Le 1^{er} septembre, deuxième curetage, 20 gr. de sérum.

Le 2, injection intra-utérine, 10 gr. de sérum.

M. Roux conseille l'emploi de sérum plus actif. On lui en injecte 50 gr.

Le 3, matin, 50 gr. de sérum (actif).

Soir, 50 gr. de sérum (actif). Frisson, délire.

Le 4 septembre, 50 gr. de sérum de Marmoreck.

M. Varnier et M. Hartmann examinent la malade, et après avoir constaté qu'il n'y a pas d'albuminurie, aucune réaction péritonéale, pas de collection purulente, 40°, 160 pulsations, décident de pratiquer l'hystérectomie abdominale.

Après l'opération, frisson violent. Température, 41°.

7 heures. Injection de 500 gr. de sérum salé.

9 heures. Injection de 500 gr. de sérum salé.

Le 5. Douleurs abdominales violentes. Morphine. 40 gr. de sérum actif.

Le 6, diarrhée. M. Hartmann fait le 1^{er} pansement. Ventre

souple. Langue sèche. Faciès pâle, un peu grisâtre. Ablation du tampon vaginal. Peu d'écoulement, pas de fausses membranes. On cesse les injections de sérum.

Le 7, langue sèche. Délire. Sérum salin, 500 gr.

A 6 heures du soir, 180 pulsations. Ne s'alimente plus.

Le 8, état comateux. Morte le 8 septembre, à 8 heures du soir.

Autopsie. — Le poumon droit est sain. Le poumon gauche est considérablement réduit de volume, il est recouvert de fausses membranes. La plèvre gauche contient environ un litre de pus clair. Cœur normal. Le foie est en putréfaction.

L'ensemencement du liquide péritonéal a donné des cultures de streptocoques. Le liquide de la plèvre donne des cultures de gros et petits bâtonnets mélangés à des streptocoques.

OBSERVATION XXXX

(SIEDENTOPF. *Centralbl. f. Gyn.*, année 1898, p. 92.) (Résumée).

« La malade, une primipare de 24 ans, est d'une forte constitution et mesure 1 mètre 40. Les douleurs de l'enfantement ont commencé le 21 octobre, à 7 heures du matin, les eaux sont écoulées en grande abondance. Les douleurs, faibles au début, sont devenues plus vives et n'ont pas cessé jusqu'à l'arrivée de la malade à l'hôpital.

Après 24 heures d'attente, la sage-femme juge nécessaire d'appeler un médecin.

Examen. — Température, 38°3; pouls, 100; la malade semble épuisée, se plaint d'une soif très vive, les urines sont albumineuses, l'utérus est dur comme le bois, on n'entend pas les bruits du cœur fœtal.

Les eaux qui s'écoulent renferment une grande quantité de méconium; l'ouverture du col est comme 5 francs.

Après cet examen, nous concluons que l'enfant doit être mort, que la femme est épuisée par la longue durée du travail, son transport à l'hôpital, ce qui occasionne la température et le tétanos utérin.

Pour calmer la fièvre et le tétanos utérin et procurer un peu

de repos à la malade, on lui fait une injection de 2 centigrammes de morphine.

Après 2 heures 1/2 de sommeil, on procède à un 2^e examen.

Température 38° 8, pouls 110, la peau présente une coloration ictérique, l'utérus est plus mou ; on peut entendre désormais distinctement en bas et à gauche les battements fréquents du cœur fœtal. Le diagnostic est maintenant bassin rachitique aplati. Le diamètre du conjugué vrai est si rétréci que le passage d'un enfant vivant est impossible et serait difficile même après basiotripsie. L'enfant vit, la mère est en voie de septicémie, l'ictère est généralisé, il y a de l'albumine dans les urines.

On prépare la malade en vue de la laparotomie. Nous décidons d'ouvrir l'utérus par une incision transversale, d'enlever l'enfant, et en raison de l'infection septique, de faire l'hystérectomie abdominale totale.

Après ouverture de l'abdomen et débridement de l'utérus, nous entourons ce dernier de gaze stérilisée et nous l'ouvrons transversalement ; on comprime les ligaments larges mais, comme le sang s'écoule en très petite quantité, on cesse cette compression.

Le placenta se trouvait inséré sur la paroi antérieure et ne fut pas intéressé par l'incision ; l'enfant était fortement asphyxié, mais fut bientôt ranimé.

Après avoir fermé l'utérus, on place des ligatures à la soie sur les ligaments larges et on fait l'ablation totale de l'utérus.

Après la fermeture du vagin, on fait une injection de lysol.

Trois heures après l'opération, la température est abaissée à 36° 8, le pouls 90, fort et régulier. Le 3^e jour la température monta à 38° 1, mais elle resta dans les dix premiers jours au-dessous de 38°. Le 11^e jour survint une parotidite du côté gauche, avec fièvre à 38° 8, qui évolua ensuite sans fièvre.

L'albumine disparaît au 4^e jour et l'ictère au 10^e jour.

La mère se leva le 27^e jour, la mère et l'enfant quittaient l'hôpital le 40^e jour.

L'enfant avait augmenté de 900 grammes.

OBSERVATION XXXXI

(WEHLE. *Centralb. f. Gyn.*, année 1899, n° 14, page 383).

« M. Wehle montre un utérus qu'il a enlevé par hystérectomie totale 48 heures après l'accouchement.

L'enfant se présentait en position transversale avec précedence d'un bras, ce qui nécessita une version et extraction sous chloroforme ; la version très facile ne fut suivie d'aucune hémorragie.

Quelques heures après l'accouchement, violents vomissements attribués au chloroforme, mais bientôt ces vomissements augmentent, le pouls est à 120 et il se produit un météorisme croissant.

48 heures après les couches le pouls est à 146, la température est à 38°1 et les vomissements sont continus, pas de frissons, pas de faciès septique.

Diagnostic : occlusion intestinale ou rupture de l'utérus. Laparotomie.

Après l'ouverture de l'abdomen on trouve dans la cavité du bassin et du ventre du sang liquide et en grande quantité.

L'utérus est refoulé à gauche complètement ; à droite et en arrière une rupture longitudinale longue de 20 centimètres, largement béante, s'étendant du milieu de l'utérus jusque dans la cavité pelvienne avec ouverture du vagin et écoulement du sang jusqu'au-dessus du cœcum.

Vu l'impossibilité de pratiquer la suture, l'utérus, après détachement des ligaments et séparation de la vessie, fut dégagé depuis le haut.

En égard aux besoins, l'extirpation totale est préférée au Porro.

Après tamponnement, on fait un drainage de la plaie abdominale et vaginale.

La malade mourut quatre heures après l'opération.

OBSERVATION XXXXII (Résumé).

(DELAGÈNIÈRE. Rupture d'un utérus fibromateux pendant une version hystérectomie. Mort. (*Annales de Gynécologie et d'obstétrique*, février 1900).

« Marguerite R..., âgée de 24 ans, nous est adressée par MM. Méliçon et Vincent, du Mans.

Cette jeune femme, enceinte de sept mois, est prise le 12 mai 1897 dans la matinée des symptômes précurseurs de l'accouchement. On prescrit le repos au lit, mais les symptômes s'accroissent, le col s'entr'ouvre, et, malgré le volume peu considérable du fœtus, l'engagement ne se fait pas. La poche des eaux se rompt dans la journée et les médecins peuvent constater qu'il s'agit d'une présentation du plan latéral gauche. A six heures du soir, la malade est anesthésiée, et une version est pratiquée avec toutes les précautions habituelles. L'enfant extrait est petit, mort depuis quelques jours déjà ; on délivre la malade par expressions et tout paraît être rentré dans l'ordre. Cependant, au toucher, on croit sentir encore des membranes ; on exerce de légères tractions ; mais comme elles résistent, on se contente de faire un pansement de la vulve pour éviter l'infection.

Le lendemain matin, le poulx est petit ; il y a eu dans la nuit des vomissements fréquents ; le ventre est douloureux et ballonné. Il s'est écoulé peu de sang dans le pansement ; mais en examinant les membranes, on s'aperçoit qu'il s'agit d'une frange de l'épiploon engagé dans une large rupture de l'utérus.

En présence des symptômes d'infection péritonéale, on conseille immédiatement la laparotomie suivie de l'extirpation de l'utérus rompu. La malade est transportée à la clinique dans la journée, et elle est opérée dès son arrivée.

Opération le 13 mai, à 4 heures du soir (vingt-deux heures environ après la rupture de l'utérus).

Le vagin et la paroi abdominale ont été désinfectés avec le plus grand soin.

Je suis assisté par mes confrères MM. Méliçon et Vincent et par mon interne M. Meyer.

À l'ouverture du ventre, on trouve un liquide sanguinolent peu abondant, mais dans lequel baignent les anses intestinales.

L'épiploon apparaît bleu ardoisé ; on aperçoit dans son épaisseur les veines thrombosées, comme si elles étaient injectées avec une matière coagulable. Les thromboses veineuses remontent jusqu'à l'estomac.

En suivant l'épiploon, on arrive, à gauche, un peu sur la face antérieure de l'utérus, à une rupture qui a ouvert le cul-de-sac vésico-utérin dans une longueur de 4 centimètres environ. C'est par cette échancrure péritonéale que s'est engagé l'épiploon.

L'utérus est volumineux et présente deux tumeurs fibreuses interstitielles, peu volumineuses et insérées sur le fond.

C'est entre les deux saillies formées par ces tumeurs que se termine la rupture.

L'épiploon est réséqué aussi haut que possible, sur quatre ou cinq pédicules à la soie.

Un grand lavage de la cavité péritonéale est pratiqué avec de l'eau stérilisée ; puis l'utérus est enlevé par notre procédé habituel à collerette.

La cavité de Douglas est drainée au moyen d'un tamponnement de Mickulicz et le ventre refermé comme à l'ordinaire.

Suites de l'opération : le soir de l'opération, tout va bien, à huit heures la température est de 37°,6.

Deuxième jour : 37°,4 le matin et 37°,6 le soir. On prescrit un léger purgatif et la malade va à la selle.

Troisième jour : 37° le matin et 38° le soir.

Le Mickulicz est enlevé et remplacé par un drain, l'état général de la malade est satisfaisant.

Quatrième jour : 38° le matin et 38°,6 le soir ; rien de particulier, léger œdème du mollet.

Cinquième jour : 38° le matin et 38°,4 le soir. On constate de l'œdème des membres inférieurs, surtout de la jambe et de la grande lèvre gauche. Dans la nuit, agitation et délire, mais les symptômes cérébraux disparaissent dans la matinée.

Sixième jour : 38°,9 et 39°,2 ; présente une poussée d'urticaire sur tout le corps. Elle est reprise le soir de symptômes nerveux ; se plaint des seins qui sont gonflés et durs par la montée du lait.

Septième jour : 38°,6 et 39°,3. L'état général est mauvais, la faiblesse extrême, l'œdème des membres inférieurs a augmenté ; on trouve sur les jambes et les cuisses des plaques bleuâtres et cyanosées. Subdélire. La malade succombe à deux heures du matin le huitième jour.

La mort, dans ce cas, a été vraisemblablement causée par infection à marche lente, dont le début remontait avant l'opération.

OBSERVATION XXXXIII (Résumée)

Delagénère. — Fibromyome du segment inférieur. — Dystocie. — Mort du fœtus. — Septicémie consécutive. — Hystérectomie. — Guérison (Ibid).

La nommée D. . . (Victorine), âgée de 37 ans, demeurant à Jupiller, m'est adressée par M. Peltier, d'Ecommey.

Cette malade est dans un état déplorable. Elle fait remonter le début des accidents à il y environ huit mois. Elle éprouve alors des douleurs dans le ventre et est prise d'une hémorragie utérine abondante qu'elle prend pour ses règles. Le sang s'arrête pour repartir quelques heures plus tard. Depuis cette époque elle a des pertes à tout propos (fatigue excessive, pendant la station prolongée debout). Son état général s'altère, elle perd ses forces, ne peut plus prendre d'aliments, a de la fièvre le soir. Enfin, il y a quinze jours, elle est prise d'une hémorragie plus considérable encore que de coutume et elle se décide à s'adresser à M. Peltier. Ce dernier fait le diagnostic de septicémie consécutive à l'évolution d'un fibrome utérin en voie d'élimination.

Etat avant l'opération. — L'état général est déplorable, la malade a de la fièvre vespérale, 38°,5, 39°.

Le poulx est petit, les contractions du cœur sont faibles. Rien aux poumons. Urines normales. Le ventre est distendu par une tumeur volumineuse irrégulière qui dépasse l'ombilic de quatre travers de doigt.

Cette tumeur a une consistance variable en divers points : très dure en certains points, elle est presque fluctuante dans

d'autres. Au toucher le col est mou, entr'ouvert, volumineux. On peut y introduire le doigt jusqu'à une certaine distance, où l'on aperçoit une masse dure, immobile, au-dessus de laquelle paraît se trouver le reste de la tumeur.

Au point de vue d'une grossesse possible, la malade ne peut fournir aucun renseignement en raison de ses hémorragies continuelles. Au spéculum, le col paraît énorme et donne issue à un écoulement non fétide au milieu duquel on trouve des débris de caillots sanguins.

Le vagin est nettoyé avec soin et badigeonné avec de l'éther iodoformé; une longue mèche de gaze iodoformée est introduite dans le but de l'obstruer. Enfin le vagin est distendu avec de la gaze.

Opération le 9 novembre 1899. — La malade est endormie avec l'éther, puis est confiée à M. Peltier et à mon aide habituel. Je suis assisté par M. Vincent du Mans. La malade est placée sur le plan incliné. Je fais une longue incision dépassant d'emblée l'ombilic.

La paroi est mince, réduite à la peau et au péritoine. La tumeur est irrégulière, d'aspect bilabé. Le lobe inférieur très dur, est enclavé dans le bassin; le lobe supérieur, au contraire, paraît fluctuant. Je pratique de chaque côté une section du ligament large entre deux pinces dont les becs arrivent au ras du bord utérin.

Du sommet des pinces, de chaque côté je commence le tracé horizontal de la collerette qui passe en avant au-dessus de la vessie et s'incurve en arrière par la cavité de Douglas. La collerette est disséquée rapidement, car il s'écoule beaucoup de sang. Pour arrêter l'hémorragie, je suis obligé de placer un lien élastique circulaire sur la base de la tumeur. Cela me permet d'enlever la masse principale avant de continuer. Le moi-gnon est saisi avec deux pinces de Museux, puis le col est isolé jusqu'au vagin. Ce conduit est ouvert en arrière et le col excisé tout autour.

L'hémostase se fait facilement; un pédicule est fait de chaque côté au lieu et place des pinces placées sur les ligaments larges: un deuxième pédicule est fait aussi de chaque côté pour chacune des artères utérines. Le vagin est réuni à la collerette par deux ou trois sutures en avant et en arrière; enfin

la collerette est fermée, comme à l'ordinaire, par deux surjets qui se réunissent au milieu.

La toilette du péritoine est facile. Un drain est placé dans la cavité de Douglas. Enfin, la paroi est suturée à deux étages.

Pansement avec poudre d'iodoforme et sachets antiseptiques. Durée totale : une heure vingt.

Suites opératoires. — Le matin de l'opération, la température était de 39° , le soir elle tombe à 38° et reste à ce degré les quatre premiers jours. Le cinquième jour, une purgation amène une ascension à $39^{\circ},6$, bientôt suivie d'une débâcle intestinale. Le sixième jour la température est normale et elle reste à 37° jusqu'au treizième. La malade se plaint de la jambe gauche qui est œdématiée et douloureuse. Le lendemain la température = $37^{\circ},8$ et $38^{\circ},6$, la phlébite de la crurale gauche est manifeste. Le membre inférieur est enfermé dans un bandage ouaté compressif, la température oscille entre 37° et 39° jusqu'au 9 décembre, date à laquelle la température redevient normale.

La malade est gardée au lit encore deux ou trois jours, puis elle commence à se lever. Elle quitte la maison de santé parfaitement guérie de sa phlébite le 16 décembre 1894.

La plaie n'a rien présenté de particulier. Le drain a été supprimé au bout de quarante-huit heures, les fils enlevés le huitième jour.

INDICATIONS

De la lecture de ces 43 observations, on peut tirer quatre grandes indications de l'hystérectomie abdominale totale :

1° Dans les grossesses compliquées de cancer du col utérin ;

2° Dans les grossesses compliquées de fibromyomes ;

3° Dans les grossesses compliquées de viciations pelviennes ;

4° Dans certains cas de ruptures utérines.

A ces quatre grandes indications formulées par l'ensemble de nos observations, nous ajoutons les infections puerpérales et tous les cas de dystocie maternelle qui pourraient théoriquement, *a priori*, être susceptibles de cette opération, bien qu'elle n'ait pas encore été tentée dans tous ces cas.

I. — Indications dans les cas de cancer.

Une indication générale, on peut même dire nécessaire, est la suivante : la question d'hystérectomie pour cancer ne peut se poser que lorsque

l'accoucheur a été amené à pronostiquer avant l'accouchement ou à constater, pendant le travail, l'impossibilité pour le col d'être dilaté, c'est-à-dire, alors que toute intervention par la voie vaginale (version, forceps, basiotripsie) est absolument impossible.

Cette première indication étant réalisée, 3 cas sont à considérer :

1° Pendant la grossesse, avant le 7^e mois, c'est-à-dire quand le fœtus n'est pas encore pratiquement viable :

2° Pendant le travail ;

3° Après le septième mois, avant que le travail ne soit déclaré.

Dans l'un ou l'autre cas, le chirurgien a deux choses principales à envisager, l'étendue de la lésion et le pronostic pour la mère et pour l'enfant.

L'étendue du cancer doit être aussi minime que possible ; c'est là une indication primordiale de la chirurgie cancéreuse en général, les cancers ne doivent être opérés qu'autant que leurs limites sont très précises, très nettes et que l'opérateur peut ainsi espérer extirper le néoplasme largement, dans sa totalité.

Cette question d'étendue restreint singulièrement le nombre des cas à opérer, ici particulièrement où nous avons été amenés à écarter déjà ceux où le cancer, trop petit, pouvait permettre une opération plus simple, l'hystérectomie vaginale pour les grossesses de moins de 4 mois, la version, le forceps, la

basiotripsie, etc., pour les grossesses à terme ou en travail.

Au début de la grossesse compliquée de cancer, la conduite à tenir est diversement interprétée par les chirurgiens et accoucheurs ; les uns conseillent de laisser aller à terme la grossesse, les autres d'intervenir par un acte opératoire.

A l'exemple de M. Tarnier, nous pensons qu'il y a là des indications bien nettes. Sans doute, si le cancer n'est pas limité, en un mot s'il est inopérable, on devra recourir au traitement palliatif, c'est-à-dire remonter l'organisme et lutter contre les accidents qui peuvent survenir et attendre la terminaison naturelle de la grossesse.

Lorsque le cancer est opérable, quand il est bien limité, quand il n'existe pas de généralisation, que l'état général de la femme est satisfaisant, l'intervention radicale est justifiable alors même que l'on penserait à la possibilité d'une grossesse à terme et d'un accouchement par les voies naturelles, car cette intervention, faite de bonne heure, pourrait amener la guérison ou tout au moins prolonger notablement les jours de la mère, tandis que la continuation de la grossesse ne pourrait que lui être funeste. Dans ces cas, si l'on est au début de la gestation, c'est surtout à l'hystérectomie vaginale qu'il faudra s'adresser ; elle donne, en effet, de meilleurs résultats, comme l'indiquent les statistiques de M. Tarnier qui, d'après Bechmann, cite 17 observations avec 17 guérisons.

Consultons maintenant le tableau pronostic que

nous avons établi pour la mère et pour l'enfant. Il en ressort ceci : c'est que pour les hystérectomies faites dans les cancers du col avant le 7^e mois de la grossesse, la vie de l'enfant n'entre pas en considération, la vie de la mère seule est en jeu et le pronostic est peu défavorable, tandis que pour les hystérectomies faites pendant le travail, le pronostic maternel est très sombre.

En effet, si la mortalité maternelle dans le premier cas n'est que de 25 0/0, elle atteint dans le second le chiffre très considérable de 66 0/0, qui n'est d'ailleurs pas suffisamment compensé par celui des enfants vivants, 55 0/0.

La longue durée du travail, en gaspillant les forces d'une malade épuisée par son cancer, et secondairement en favorisant l'infection, est la cause principale de ce fâcheux pronostic pour la mère et pour l'enfant. Il est donc d'une importance capitale pour la mère comme pour l'enfant de ne pas attendre, pour opérer, que le travail soit déclaré et ait, par cela même, diminué considérablement les chances de réussite de l'opération. Le huitième mois paraît le plus favorable pour l'opération, puisqu'il sauvegarde le mieux la vie de l'enfant en même temps que celle de la mère qui se trouve dans de meilleures conditions pour supporter le choc d'une opération considérable.

Nous pouvons résumer dans la proposition suivante les indications de l'hystérectomie abdominale totale pour les cancers du col utérin compliquant la grossesse.

Il faut :

1° Que toute opération par la voie vaginale n'ait pas chance de réussir ;

2° Que le cancer soit opérable ;

3° Ne pas attendre pour opérer le moment du travail qui est très fâcheux pour la vie de la mère et de l'enfant. Par conséquent, opérer de préférence vers la fin du huitième mois.

II. — Indications dans les cas de fibromes

La thérapeutique opposée aux fibromes compliquant la grossesse ou l'accouchement est loin d'être fixée, bien déterminée par les chirurgiens et accoucheurs. En effet, si quelques-uns ont pratiqué dans ce cas l'opération césarienne (Bouilly-Picqué), d'autres ont pratiqué l'énucléation de la tumeur fibreuse (Guinard), tandis que la plupart s'en tenaient à l'embryotomie.

(Il est bien entendu que les autres procédés plus simples avaient été tentés vainement).

Nous pensons qu'il y a ici une place que nous ne craignons pas de déclarer prépondérante pour l'hystérectomie abdominale totale.

Tout d'abord pendant la grossesse.

Sans partager l'avis de Schröder et de ses élèves qui estiment que pour toute grossesse compliquée de fibromes, il faut intervenir par un acte opératoire, il faut que l'accoucheur ou le chirurgien s'inspirent cependant des circonstances. Il ne doit pas

hésiter à laisser aller à terme la grossesse si elle n'a jamais rien présenté d'anormal dans sa marche, si les fibromes sont petits, ou bien si même volumineux ils sont situés dans une zone de tolérance comme le fond de l'utérus, en un mot si la grossesse et l'accouchement lui paraissent devoir se faire normalement.

Au contraire, au début de cette même grossesse l'intervention chirurgicale est tout indiquée s'il survient des accidents : des douleurs parfois très vives, occasionnées par la compression des organes pelviens, par la tumeur lorsqu'elle est enclavée dans le petit bassin, la compression des uretères et de la vessie, du rectum, lorsque la tumeur est située sur le segment inférieur de l'utérus. Ces indications d'intervention peuvent également venir du fœtus, par exemple dans les cas d'hémorragies par insertion vicieuse du placenta et aussi dans les cas de mort du fœtus.

Quelles sont maintenant les indications de l'hystérectomie au moment de l'accouchement ?

La première est pour ainsi dire nécessaire. Il faut que l'accouchement par les voies naturelles soit devenu impossible. C'est ce qui arrive presque toujours pour les gros fibromes du segment inférieur de l'utérus qui se sont développés dans l'excavation pelvienne et ont fini par l'obstruer plus ou moins complètement.

On peut joindre à ces fibromyomes du segment inférieur ceux du segment supérieur qui, dans quelques cas rares, ont fait basculer le fond de

l'utérus dans l'excavation en compliquant encore la grossesse d'une rétrodéviation avec toutes ses fâcheuses conséquences ; nous en citons un exemple remarquable dans l'observation de MM. Varnier et Delbet, où l'hystérectomie abdominale totale fut suivie de guérison.

Dans tous ces cas de fibromyomes pelviens la première manœuvre du chirurgien a été de tenter la réduction de la tumeur hors du bassin. Lorsque ce procédé a échoué, si par hasard la tumeur insérée bas sur le col se présente au devant de la partie foétale, le chirurgien peut et doit en pratiquer l'extirpation par énucléation ou autrement.

Si cela est impossible, il reste le forceps, la version, l'embryotomie, qui peuvent rester sans résultat ; dans ce cas, il ne reste plus que des opérations sérieuses, l'opération césarienne, la symphyséotomie et l'hystérectomie abdominale totale.

Comme nous l'établirons au chapitre du parallèle entre l'opération césarienne, la symphyséotomie et l'hystérectomie abdominale totale, cette dernière opération est ici la plus rationnelle, la meilleure au point de vue des résultats ; ces qualités sont pour elle autant d'indications tirées de son effet curateur, de sa facilité, de son bon pronostic.

L'hystérectomie abdominale totale, en effet, joint à l'heureuse terminaison de l'accouchement la cure radicale du fibrome, cure radicale qui heureusement n'est pas compensée par les difficultés et le mauvais pronostic de l'opération, puisqu'elle ne

donne pas lieu aux terribles hémorragies qui se produisent pendant l'opération césarienne.

Le pronostic de l'opération est ici également une excellente indication, puisque (voir au chapitre Pronostic) sur 16 hystérectomies pour grossesse compliquées de fibromyomes utérins, il n'y a eu qu'un cas de mort pour la mère, et encore dans ce cas de Fritsch, la mort était-elle arrivée sans fièvre le 6^e jour, très probablement due au mal de Bright dont la malade était atteinte.

Quant à l'enfant, le pronostic mérite moins d'attention, puisque les myomes utérins empêchent généralement la grossesse d'arriver à terme ; mais là encore les résultats ne cèdent en rien à ceux fournis par l'opération césarienne, puisque sur 8 cas nous voyons 5 enfants vivants, sans compter un enfant sur lequel on n'a pas de renseignements (Fritsch).

Le voisinage du terme n'augmentant pas la mortalité de l'opération, il ne paraît pas imprudent de laisser la grossesse évoluer jusqu'au terme, de façon à avoir un enfant vivant, si la personne reste en observation sous la surveillance d'un chirurgien prêt à faire l'hystérectomie au moindre début de travail, c'est la conduite qu'ont tenue MM. Schuhl et Vautrin et qui n'a été suivie d'aucune conséquence fâcheuse.

III. — Indication dans les cas de bassins viciés.

L'accoucheur ou le chirurgien, mis en présence d'une grossesse compliquée d'angustie pelvienne, ne proposera certes pas en premier lieu l'hystérectomie abdominale totale, comme la seule opération capable de la tirer d'affaire ; il n'y arrivera évidemment qu'après un travail d'élimination qui aura pour résultat l'exclusion d'opérations plus simples, telles que l'application de forceps, la basiotripsie, etc. ; en un mot, il n'aura le droit de penser à l'hystérectomie abdominale totale que dans les cas de rétrécissement du bassin, ou pour satisfaire au désir de la parturiente d'avoir un enfant vivant. Cette limite d'angustie pelvienne commence, de l'avis de tous les auteurs, à 7 centimètres $1/2$, alors que le forceps est toujours inutile, souvent dangereux.

Si la basiotripsie ou tout autre procédé de mutilation foetale a été écarté par la volonté de la parturiente, il reste encore à l'opérateur le choix entre 4 opérations, la césarienne, le porro, l'hystérectomie abdominale totale et la symphyséotomie, — cette dernière opération paraît actuellement avoir réuni la faveur de la plupart des chirurgiens et accoucheurs ; sans vouloir la dénigrer, la symphyséotomie ne mérite pas un tel crédit ; l'opération de Sigault n'a certes pas la prétention de remédier à tous les rétrécissements pelviens ; les rétrécisse-

ments extrêmes lui échappent, comme le prouvent les expériences de Farabœuf et de Varnier. Avec un écartement des symphyses de 7 centimètres (écartement pratique qui ne saurait être dépassé sans crainte de dégâts notables pour les articulations sacro-iliaques) on peut obtenir :

30 millim.	pour 1 bassin de 90,	soit diamèt. total	120
31 —	—	80 —	113
32 —	—	70 —	102
33 —	—	60 —	93

Ceci prouve qu'au-dessous de 6 centimètres 7 la symphyséotomie, même aidée du forceps, a peu de chance de réussir.

Voilà donc une certaine catégorie de rétrécissements d'autant plus rares qu'ils sont plus serrés, qui échappent à la symphyséotomie. Une autre catégorie comprend les bassins rétrécis avec ankylose sacro-iliaque ; il est vrai que l'ischio-pubiotomie de Farabœuf pourrait y suppléer, mais seulement dans les bassins moyennement rétrécis, et en plus, on peut se demander combien de fois l'opération de Farabœuf a été pratiquée et quelles en sont les suites plus ou moins éloignées ? Mais ce n'est pas tout et, si l'on en croit les statistiques et en particulier celle du docteur Riquois (Thèse de Paris, 99, *Étude comparée des résultats de la symphyséotomie et de l'opération césarienne dans les bassins viciés*), nous voyons les résultats suivants : mortalité maternelle 12.5 0/0, et infantile 14.5 0/0, due à la symphyséotomie au moins égale, si ce n'est supérieure

à l'hystérectomie. Il serait donc juste et indiqué de préférer à la symphyséotomie une autre opération, telle que la césarienne, l'hystérectomie abdominale totale ou supra-vaginale (Porro), même dans les cas de rétrécissement de 7 centimètres 1/2. C'est ce que nous avons vu faire par le professeur Alphonse Hergott (au mois d'avril dernier) qui, dans un cas de rétrécissement de 7 centimètres, préféra à la symphyséotomie l'opération césarienne, qui fut suivie d'amputation de l'utérus pour arrêter l'hémorragie ; le résultat de l'opération fut excellent, puisqu'il permit d'extraire un enfant vivant et que la mère guérit sans complication.

Procès étant fait à la symphyséotomie, voyons quels sont les avantages et les inconvénients de la césarienne :

Si l'on en croit la statistique de Riquois, qui porte sur 209 cas parus dans la *Littérature médicale*, l'opération césarienne a sur la symphyséotomie tout au moins quelques avantages, entre autres celui d'être une opération moins meurtrière, 11 0/0 pour la mère, 7.68 0/0 pour les enfants, plus sûre, sinon plus facile, enfin plus exempte de complications.

Elle n'est cependant pas sans défaut ; un reproche qu'elle partage avec la symphyséotomie, c'est de n'être qu'une opération palliative qui, si elle réussit, laisse la femme en possession de son utérus et par conséquent exposée à une nouvelle grossesse avec toutes les fâcheuses conséquences de son rétrécissement pelvien (c'est ici surtout qu'il ne faut pas

oublier que le second enfant est en général plus volumineux que le premier).

Le second reproche à faire à la césarienne, c'est d'être une opération incomplète; l'opération de Porro est, en effet, fréquemment le complément de l'opération césarienne, elle a pour avantage, en premier lieu, d'être une opération curatrice en quelque sorte, et en second lieu, si elle n'est pas d'une exécution aussi simple que la césarienne, elle assure une hémostase absolument parfaite et définitive. Dans les cas de bassins ostéomalaciques, l'hystérectomie supra-vaginale ou totale aurait en plus l'avantage si précieux de s'attaquer à la cause, en un mot de guérir l'ostéomalacie comme l'ovariotomie.

Ce sont ces qualités, autant que le manuel opératoire qui pourraient faire de l'hystérectomie abdominale totale une opération de choix, car étant curatrice et d'une hémostase facile, elle a en plus le mérite de supprimer le col utérin, souvent septique, de fermer le péritoine complètement et de ne pas laisser au milieu de la cicatrice le gros champignon bourgeonnant du pédicule externe.

Enfin une des meilleures indications de l'hystérectomie abdominale totale provient de son bon pronostic, qui ne paraît pas aggravé de beaucoup par l'état gravide et ne craint pas d'être comparé à celui de la césarienne. Si l'on se rapporte au tableau pronostic, on voit en effet que la mortalité maternelle atteint 12.50/0.

En résumé, sans exclure absolument la symphysectomie du traitement des viciations pelviennes,

comme il semblerait en ressortir de la statistique de Riquois, nous pensons qu'il y a lieu de proposer l'hystérectomie abdominale totale, toutes les fois qu'une intervention abdominale est décidée. Tout en tenant compte des avantages, au moins théoriques, de l'hystérectomie totale, le chirurgien doit s'inspirer des circonstances, de ses habitudes et de l'expérience plus ou moins grande qu'il a acquise du Porro ou de l'hystérectomie totale.

IV. — Indications dans les cas de ruptures utérines

Que les ruptures utérines se soient produites pendant la grossesse, ce qui est rare, ou bien pendant le travail, il faut presque toujours intervenir par un acte opératoire qui varie suivant la gravité de la lésion. Sans doute l'accoucheur ne donnera pas sa préférence à l'hystérectomie dans les ruptures de petites dimensions, à bords bien nets et réguliers, il se contentera dans ce cas de suturer les différents plans de l'utérus déchiré; mais si la rupture est étendue, si les bords sont irréguliers, déchiquetés, de couleur violacée, si l'état de la femme est grave, l'hystérectomie s'impose et lorsqu'elle est faite dans de bonnes conditions d'asepsie, elle peut mettre la femme dans une situation favorable au point de vue de la guérison. C'est la conduite qui a été tenue au mois de septembre 1899 par MM. Schuhl et André, qui, mis en présence d'une vaste rupture de l'utérus, se sont cru autorisés, au cours de l'opé-

ration, à faire une hystérectomie abdominale totale de préférence au Porro. Ce traitement a été fait aussi en Allemagne et nous en rapportons une observation. Quel avenir est réservé à l'hystérectomie dans ces cas de ruptures ? le problème semble seulement posé et il serait prétentieux de vouloir en donner dès maintenant la solution.

Une autre indication de l'hystérectomie a été récemment pronée, par MM. Tuffier et Bonamy, dans un article paru dans la *Revue de Gynécologie et de chirurgie abdominale* où, à la suite de trois opérations personnelles, ils étudient les indications et les résultats opératoires de cette intervention à la suite d'infection puerpérale.

Lorsque les moyens palliatifs, le curage, le curetage n'ont donné aucun succès, lorsque les accidents infectieux, loin de disparaître, persistent et s'aggravent, cette intervention, disent-ils, est aussi nécessaire que l'amputation d'un membre quand le chirurgien n'est plus maître d'une infection.

« *Théoriquement, anatomiquement* l'hystérectomie abdominale totale doit être faite au moment où l'infection ayant franchi la muqueuse a gagné le muscle utérin et avant qu'elle ait envahi le reste de l'économie.

Cliniquement, il n'y a pas de signes nets précis indiquant à coup sûr le moment où l'hystérectomie peut et doit être pratiquée, — agir trop tôt serait un crime, agir trop tard serait compromettre le succès de l'opération (Tuffier et Bonamy) ».

L'hystérectomie abdominale totale, qui jusqu'ici

n'a été faite que neuf fois pour infection puerpérale, a eu pour résultat cinq guérisons et quatre morts ; ce qui indiquerait un pronostic d'autant plus favorable qu'il faut se rappeler qu'elle était faite dans les cas graves pour une maladie septique à un moment où l'économie était peut-être déjà envahie.

PRONOSTIC

Le pronostic d'une opération est loin d'avoir une rigueur, une certitude absolue ; il varie suivant un certain nombre de données. Dans l'hystérectomie abdominale totale pendant la grossesse ou l'accouchement, il y a en particulier à tenir compte de la nature de la maladie qui nécessite l'intervention, de la durée du travail et par conséquent de l'état de santé, de résistance, d'infection de la parturiente. Un autre côté du pronostic dépend du chirurgien, de son habileté, de son expérience, de l'antiseptie et du manuel opératoire ; voilà autant de questions à examiner.

Il est bien évident que le pronostic varie beaucoup suivant que l'hystérectomie abdominale totale est faite pour cancers, pour fibromes ou pour rétrécissement pelvien, comme cause de dystocie. Nos tableaux en font foi.

Tandis que la mortalité maternelle en bloc atteint 53,8 0/0 dans les cancers, elle n'est que de 6,25 0/0 dans les fibromes et de 12,5 0/0 dans les bassins rétrécis. Le pronostic foetal lui-même est influencé par la nature de la maladie qui, cause la dystocie, si l'on tient compte de la viabilité du fœtus à partir du 7^e mois, la mortalité foetale est de 33 0/0, dans les cancers, 28,5 0/0 dans les fibromes et 0/00 dans les rétrécissements pelviens.

La durée du travail est également un facteur important du pronostic ; la longue durée du travail en affaiblissant les forces de la malade, en prédisposant aux ruptures utérines, enfin et surtout en facilitant les chances d'infection, assombrit considérablement le pronostic d'une opération déjà grave par elle-même.

Aussi lorsque le chirurgien a eu le loisir, quelques mois auparavant, d'examiner la parturiente et se propose d'intervenir par la voie abdominale, est-il sage d'imiter la conduite de MM. Schuhl et Vautrin, de remonter l'état général, de mettre la femme en observation et d'intervenir au moindre début de travail, ou mieux quelques jours avant le terme, de façon à pouvoir obtenir un enfant vivant, et à opérer la femme dans les meilleures conditions et avec le plus de chance de succès.

Quant à l'habileté opératoire du chirurgien, à son expérience de l'opération, à l'antisepsie et au perfectionnement de la technique c'est là un sujet très délicat, bien mis en lumière et magistralement discuté par le professeur Richelot, rapporteur au troisième congrès international de Gynécologie et d'obstétrique tenu à Amsterdam du 8 au 12 avril 1899. L'hystérectomie abdominale totale a profité d'une façon toute particulière des perfectionnements apportés à la technique et à l'antisepsie : la position Trendelenbourg, les clamps, les angiotribes, le mode opératoire précis joints à l'expérience des chirurgiens ont fortement contribué à améliorer le pronostic de l'hystérectomie abdomi-

nale totale qui, il y a 20 années, passait pour une des opérations les plus meurtrières et n'a plus maintenant une mortalité supérieure à 4,77 0/0.

Tout porte à croire que le pronostic de cette opération ne fera que s'améliorer à mesure que les indications seront plus nettes, plus précises, le manuel opératoire et l'asepsie plus parfaits.

En résumé, on peut tirer, de l'étude du pronostic de l'hystérectomie abdominale totale, deux conclusions.

La première, c'est que le pronostic de cette opération n'est pas influencé défavorablement par l'état de grossesse sous la double condition : 1° que l'asepsie, vu l'état de réceptivité particulier de la femme en couche à l'égard des micro-organismes, soit ici plus parfaite encore que partout ailleurs ; 2° que la parturiente ne soit ni épuisée ni infectée, ce qui est trop souvent la conséquence de la longueur du travail, qui, en multipliant les chances d'infection, diminue d'autant celles de la guérison de l'opérée : par conséquent, opérer tôt, c'est-à-dire dès le début du travail ou mieux quelques jours avant le moment présumé de l'accouchement, si l'on a pu prendre ses précautions à l'avance.

La deuxième conclusion à tirer, c'est que le pronostic, abstraction faite de l'infection de la parturiente, de la technique et de l'habileté opératoire du chirurgien, dépend surtout de la nature de la cause de dystocie.

Il n'y a évidemment pas de comparaison à établir entre les résultats de l'hystérectomie abdominale totale lorsqu'elle est faite pour cancer, ou

lorsqu'elle est faite pour fibromes ou bassins viciés ; aussi les indications tirées du pronostic varient-elles également avec la nature de la cause de la dystocie.

DATE	OPÉRATEUR	SUITES DE L'OPÉRATION	
		ENFANT	MÈRE

I. — Cancer avant le 7^e mois.

21 oct. 1881..	Spencer Wells, 6 ^e mois	mort.	guérison.
1 ^{er} août 1890	Mackenrod, 6 ^e mois.	mort.	mort.
Nov. 1891...	Mackenrod, 6 ^e mois.	mort.	guérison.
4 juin 1892.	Mackenrod, 5 ^e mois.	—	guérison.

Mortalité : 25 0/0.

Cancer pendant le travail.

27 oct. 1879..	Schrøder.	ranimé.	mort.
17 déc. 1879..	Bischoff.	vivant.	mort.
— 1885.	Schrøder.	mort.	mort.
15 mars 1888.	Fochier.	mort avant l'opération.	mort.
28 juin 1888..	Freund.	vivant.	mort.
12 déc. 1888..	J. Murphy.	mort.	mort.
8 nov. 1891..	Fritsch.	vivant.	guérison.
— 1895.	Von Ott.	vivant.	guérison.

Mortalité infantile... 33,33 0/0.

— maternelle. 66,6 0/0.

DATE	OPÉRATEUR	SUITES DE L'OPÉRATION	
		ENFANT	MÈRE

II. — Fibromes.

14 nov. 1888.	A. Martin.	Grossesse de 4 mois.	guérison.
Janvier 1891.	Fritsch.	Pas de renseignements.	morte 6 j ap du mal de Bright sans fièvre
6 juillet 1892.	Lannelongue.	Grossesse de 4 mois.	guérison.
9 juillet 1895.	Guermonprez.	vivant	Id.
— 1895.	Downmann.	vivant.	Id.
6 mai 1896..	Guttierez.	vivant.	Id.
— 1896..	Küfferath.	Gross. de 3 m 1/2	Id.
31 août 1896.	Varnier-Delbet.	Mort avant l'opérat.	Id.
— 1896.	Ch. Monod.	Grossesse de 4 mois.	Id.
Sept. 1897...	Mouchet.	né vivant.	Id.
27 sept. 1897.	Guttierez.	vivant.	Id.
Janvier 1898.	Vautrin-Schuhl.	mort.	Id.
Février 1898.	Tissier.	avortement	Id.
— 1898.	Wertheim.	mort.	Id.
11 juin 1897.	Monprofit.	Av. terme.	Id.
17 août 1897.	Monprofit.	Gross. de 2 m. 1/2.	Id.

Mortalité infantile.... 28,5 0/0.

— maternelle.. 6,25 0/0.

III. — Bassins viciés.

7 janv. 1893.	Rossi.	vivant.	guérison.
27 avril 1894.	Rieppi.	Id.	Id.
19 juillet 1894	Rieppi.	Id.	Id.
15 juin 1895.	Rieppi.	Id.	Id.
21 févr. 1895.	Schauta.	Id.	Id.
22 juin 1896..	Pantaloni.	Id.	Id.
16 déc. 1896.	Pinard-Segond.	Id.	Id.
28 janv. 1897.	Pinard-Segond.	Id.	mort.

Mortalité infantile... 0 0/0.

— maternelle. 12,5 0/0.

IV. — Infection puerpérale.

9 opérées : 5 guérisons. — 4 morts.

Mortalité maternelle : 44,4 0/0.

V. — Ruptures utérines.

9 opérées : 5 guérisons. — 4 morts.

Mortalité maternelle : 44,4 0/0.

PARALLÈLE ENTRE L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE, LA SYMPHYSEOTOMIE, L'OPÉRATION CÉSARIENNE ET LE PORRO.

Il y a certainement beaucoup de témérité de notre part à tenter un parallèle entre ces différentes opérations, alors que nous n'avons à apporter que 43 observations à l'actif de l'hystérectomie abdominale totale dont nous voulons nous faire le défenseur. Cependant nous ne doutons pas que les observations se feront plus nombreuses, et si nous nous plaçons à un point de vue théorique, ce sera néanmoins les yeux fixés sur les observations que nous avons recueillies.

Des grandes opérations chirurgicales qui se disputent le domaine obstétrical, la première en date est assurément l'opération césarienne, c'est peut-être encore actuellement celle qui rallie le plus la faveur des chirurgiens et des accoucheurs. La césarienne est à n'en pas douter l'opération la plus simple pour le chirurgien, la moins longue et la moins dangereuse pour la parturiente. Ce sont ces qualités de simplicité et rapidité qui font son succès (relatif aux autres interventions) dans tous les cas où la parturiente est dans un état d'infériorité, de faiblesse notable occasionnée soit par la longueur du travail, soit par la maladie primitive, cause de dystocie, nous

voulons parler du cancer. Nous avons vu en effet (chapitre *Indications, cancer*) que la vie de la mère est ici malheureusement presque toujours condamnée. Quelques cas très rares seraient justiciables de l'hystérectomie abdominale totale, dont les aspirations plus élevées cherchent la guérison de la mère et la vie de l'enfant; hormis ces cas très rares, nous le répétons, la chirurgie actuelle ne peut encore sauver que l'enfant et elle doit le faire avec le moins de risque possible pour la mère, l'opération la plus simple et la plus rapide est ici la meilleure; c'est le cas de la césarienne qui est plus facilement supportée par la parturiente, que tout autre opération abdominale.

La césarienne reprend également ses droits dans les autres circonstances où la femme se trouve dans un trop grand état de faiblesse pour subir une opération radicale, curatrice comme l'hystérectomie abdominale totale, par exemple dans les cas de rétrécissements très serrés du bassin ou même dans les cas de fibromes compliquant la grossesse, où il serait sage de s'en tenir à la césarienne qui terminerait favorablement l'accouchement et éloignerait momentanément les dangers du fibrome auquel on peut remédier plus tard en temps voulu, lorsque la femme est en état de supporter une opération telle que l'hystérectomie abdominale totale.

Voilà pour les avantages de la césarienne; on voit qu'ils tiennent surtout à sa simplicité et à sa rapidité qui en font une opération plus bénigne pour les personnes épuisées, soit par affection cancéreuse

soit par la longueur du travail pour les femmes atteintes de fibromes ou de bassins viciés.

Passons maintenant aux inconvénients de la césarienne, ils tiennent à deux ordres de faits : 1^o à l'hémorragie pendant l'opération ; 2^o à ce que l'opération n'est pas radicale, curatrice.

Qu'elle provienne du placenta ou de la surface de section de l'utérus, l'hémorragie n'est pas à dédaigner, provenant d'une quantité de capillaires sectionnés, elle est d'autant plus difficile à arrêter et très souvent le Porro est la ressource suprême pour arrêter cette hémorragie. Cette hémorragie, tant par la perte de sang que par l'opération grave (le Porro ou l'hystérectomie abdominale totale qui doit en être la suite) fait perdre de cette façon à la césarienne les avantages qu'elle assure à première vue aux personnes épuisées.

Le second reproche, le plus important que l'on puisse faire à la césarienne, c'est qu'elle n'est pas une opération curatrice, elle n'est qu'une opération palliative. Ce reproche perd sa force dans les cas de cancer du col, où le pouvoir curateur de l'hystérectomie totale est discutable dans la plupart des cas, à tel point que cette dernière opération n'aurait de valeur que dans certains cas rares, théoriques à vrai dire, où le cancer serait assez grand pour empêcher l'accouchement, assez petit pour pouvoir être opéré, c'est-à-dire en totalité et largement enlevé.

Ce reproche reprend au contraire toute sa force dans les cas de fibromes et de bassins viciés compliquant l'accouchement, par le fait même que l'hys-

térectomie totale tout en ne faisant pas courir plus de risque à l'opérée 12,5 0/0 (bassins rétrécis) 6,25 0/0 (fibromes) la débarrasse des dangers de sa tumeur. Cependant, ici encore, un problème peut se poser : n'y aurait-il pas avantage à répéter l'opération césarienne à chaque grossesse, plutôt que de faire l'hystérectomie abdominale totale ?

Même en supposant le cas où la femme aurait un chirurgien à sa disposition dès le commencement du travail, nous pourrions répondre par la négative, nous basant sur ce que les cicatrices fibreuses de la césarienne affaiblissent la charpente de l'utérus et le prédisposent aux ruptures utérines et que la perspective d'un enfant vivant est largement compensée par les dangers d'une opération qui doit être d'autant plus dangereuse qu'elle a été faite antérieurement une ou plusieurs fois sur le même utérus.

L'hystérectomie abdominale totale amène il est vraie la stérilité, mais elle a au moins l'avantage considérable de supprimer, en même temps que les dangers d'une nouvelle grossesse, les dangers des fibromes (hémorragies, compression, troubles réflexes, etc.) et dans les cas de rétrécissements ostéomalaciques, de guérir, paraît-il, l'ostéomalacie.

L'opération de Porro qui est si souvent le complément ou la terminaison de la césarienne, tant par son but que par sa technique et ses résultats se rapproche beaucoup de l'hystérectomie abdominale totale. Les avantages qu'elle présente sont cependant détruits par les inconvénients qui demandent l'attention du chirurgien. Un mérite qu'elle partage

avec l'hystérectomie abdominale totale contre la césarienne ou la symphyséotomie, c'est d'être une opération radicale curatrice : il y a cependant une exception, nous voulons parler des cancers du col compliquant la grossesse ; dans ce cas, le Porro n'est plus comme l'hystérectomie totale une opération radicale puisqu'elle laisse complètement de côté le cancer, cause de la dystocie et elle n'a même pas les avantages de rapidité et de simplicité de la césarienne. Cependant pour les cas de fibromes ou de rétrécissements pelviens, le Porro reste une opération curatrice, et comme telle a un avantage considérable sur les autres opérations abdominales ou pelviennes.

Ce qui a fait longtemps la supériorité de l'hystérectomie partielle supra-vaginale en gynécologie comme celle du Porro en obstétrique, sur l'hystérectomie abdominale totale, c'est la simplicité et secondairement la rapidité de son manuel opératoire. A l'époque actuelle où la chirurgie emprunte à l'asepsie toute sa force, ces deux qualités sont pour le Porro deux inconvénients. En effet, le moignon utérin qui n'est pas toujours aseptique, puisque la plupart des chirurgiens se croient obligés de la cautériser, est voué, de parti pris, à la gangrène : que cette gangrène soit sèche ou humide ce qui est mieux, qu'elle soit même aseptique, elle n'en est pas moins une gangrène, c'est-à-dire une décomposition de produits organiques avec production de liquides toxiques et irritants dont la résorption est toujours à craindre.

Cette gangrène ne peut-elle pas s'étendre plus loin que ne l'espérait le chirurgien et rouvrir le péritoine ?

Enfin, dans le traitement externe du pédicule, la cicatrisation du moignon est très longue, demande des soins presque journaliers jusqu'à la production de cet énorme ombilic qui, au point de vue esthétique, ne peut obtenir qu'un succès de curiosité.

Sans vouloir insister plus longuement sur ces inconvénients de l'opération de Porro et sur d'autres que les partisans de l'hystérectomie abdominale totale ont fait valoir dans les congrès de gynécologie contre l'opération partielle supra-vaginale, nous pouvons conclure que l'hystérectomie abdominale totale présente au moins sur sa rivale des avantages théoriques qui, pour les maîtres de la chirurgie, sont doublés d'avantages pratiques considérables. L'hystérectomie totale loin d'être fâcheusement influencée par l'état de grossesse, paraît plutôt favorisée par l'état gravide de la femme ; elle a su particulièrement profiter des progrès de l'antisepsie et de l'asepsie, des progrès de l'instrumentation (clamps, angiotribes, etc.) et surtout adopter un manuel opératoire dont la précision complète la simplicité. Grâce à cela, elle est devenue une opération rapide autant que précise, sûre et absolument curatrice dans tous les cas où ses indications sont nettes (certains cancers, les fibromes, les rétrécissements pelviens) ; enfin, dans ces cas bien déterminés, elle est devenue une opération peu grave qui, actuellement entre les mains des chirurgiens

éminents, peut rivaliser au point de vue du pronostic avec l'amputation de Porro et la symphyséotomie.

Si ce n'est une indication semblable : le traitement des grossesses compliquées des bassins viciés, la symphyséotomie et l'hystérectomie abdominale totale n'ont aucun point de contact. Dans le traitement des viciations pelviennes ces deux opérations ne doivent s'exclure l'une l'autre. Si l'on met à part les rétrécissements extrêmes du bassin à partir de 6 centimètres 7, comme nous l'avons vu (chapitre *Indication, rétrécissements pelviens*) qui échappent complètement à la symphyséotomie, on peut dire que la matière de l'intervention est pour le chirurgien une question de tempérament.

Le pronostic des deux opérations est également favorable pour la mère comme pour l'enfant.

Cependant, outre qu'elle n'est applicable qu'à un certain nombre de rétrécissements pelviens qui comprend les cas où la version et le forceps ont été insuffisants jusqu'aux rétrécissements étroits de 6^{cm}, 7, la symphyséotomie est encore susceptible de certains reproches. C'est ce qui ressort de la thèse de G. Belloy (*Résultats immédiats et éloignés de la symphyséotomie*, thèse de Paris 1899) qui porte sur 22 observations dues à un même chirurgien, le professeur Bar, dont l'habileté et l'expérience sont incontestables.

L'écartement de la symphyse avant l'extraction, n'a produit qu'exceptionnellement des lésions graves ; mais la nécessité de faire passer l'enfant par

les voies naturelles, le place dans des conditions fâcheuses capables d'entraîner une certaine mortalité infantile.

Quant à la mère, le passage du fœtus produit des lésions des parties molles dont la gravité est accrue par le fait seul de la symphyséotomie, le tissu cellulaire étant plus susceptible à l'infection que le péritoine, d'où une morbidité assez sérieuse par infection et risques de mort pour la femme. C'est donc une opération sérieuse par elle-même au point de vue immédiat : à un point de vue plus éloigné, la restauration ultérieure de la symphyse n'est généralement pas parfaite et on observe souvent un écartement permanent des pubis qui est une source de fatigue pour les opérées. Enfin, la symphyséotomie peut être suivie et favoriser le prolapsus.

Comme pour la césarienne, le problème peut se poser de savoir s'il n'y a pas avantage à préférer à l'hystérectomie abdominale totale, opération radicale, la symphyséotomie, opération palliative qui peut être répétée plusieurs fois ?

Mais est-ce bien un avantage que d'exposer la femme aux risques d'une deuxième, troisième grossesse alors que l'on ne sait pas si l'on aura le temps et les moyens d'intervenir et quels seront les résultats de l'opération ?

En fait, les résultats (thèse de du Belloy) prouvent que dans les cas de répétition de la symphyséotomie, il faut une technique spéciale très délicate qui expose particulièrement aux blessures de la vessie et aux plaies.

La cure radicale est ici comme ailleurs un avantage malgré tout pour l'hystérectomie totale qui n'est pas plus dangereuse au point de vue immédiat pour la mère et pour l'enfant, et dont les résultats éloignés sont incomparablement préférables à ceux de la symphyséotomie, sans compter qu'elle peut guérir l'ostéomalacie dans les cas de bassins ostéomalaciques.

CONCLUSIONS

I. — L'hystérectomie abdominale totale est entrée dans le domaine de l'obstétrique.

II. — Elle est indiquée :

a) Rarement dans les cas de cancer de l'utérus.

b) Plus souvent dans les cas de fibromyomes intrapelviens.

c) Dans les cas de rétrécissement de bassin au-dessous de 6 centimètres et dans les cas où la symphyséotomie ne pourrait donner un élargissement suffisant pour le passage du fœtus.

d) Dans quelques cas rares de ruptures utérines, d'infection puerpérale.

III. — Le pronostic de cette opération varie suivant l'indication de l'opération (cancer, fibromes, bassins rétrécis, ruptures utérines, infection puerpérale) ; l'état de résistance de la malade, son degré d'infection, etc.

IV. — Sa supériorité sur l'opération césarienne, la symphyséotomie et l'amputation utéro-ovarique (Porro) est d'être une opération radicale curatrice, sans que la mortalité en soit plus considérable.

VU :

Le Président,
HERGOTT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Nancy, le 14 mars 1900,

VU :

Le Doyen,
GROSS.

Le Recteur,

A. GASQUET.

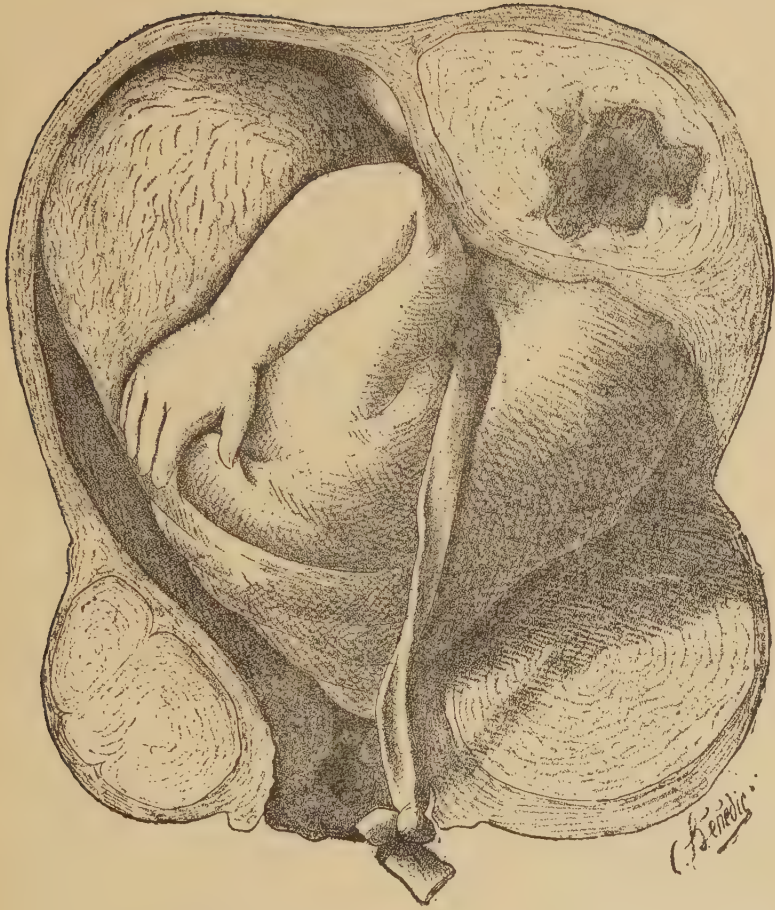


FIG. 1. (Observation 15).

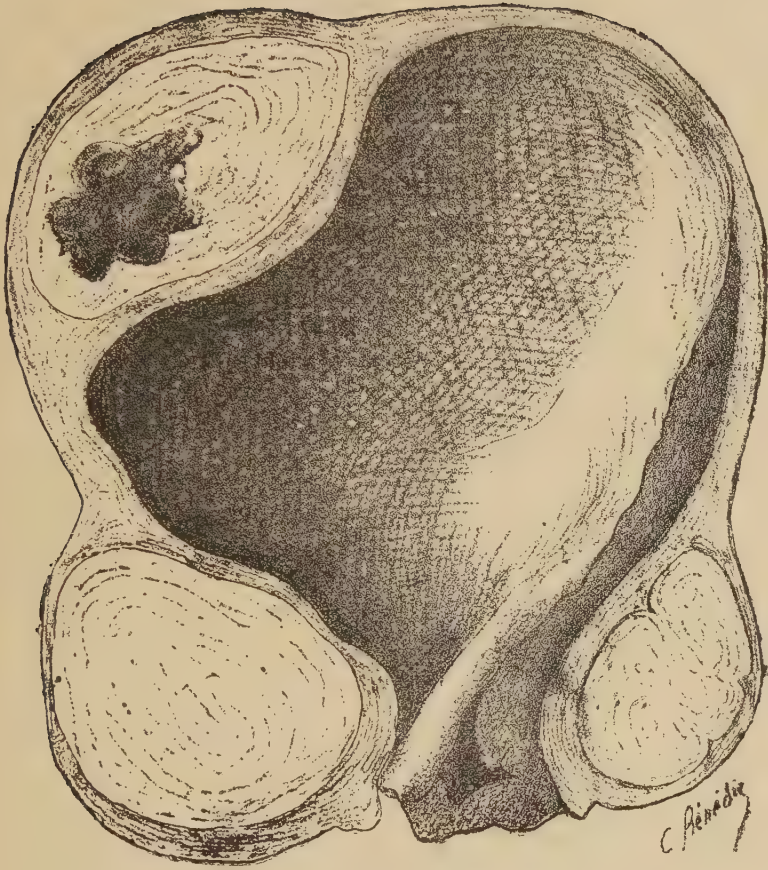


FIG. 2. (Observation 15.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1879. — SCHRÖDER, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, t. XII, p. 280.
1879. — BISCHOFF, *Ibid.*, t. X, p. 14.
1881. — SPENCER-WELLS, *Med. chirurg. transact.*, Londres, 1882, t. XLV, p. 25.
1881. — SCHRÖDER, *Gesellsch. f. Geb. u. Gyn.*, Berlin, 27 novembre 1885. — *Centralbl. f. Gyn.*, 1886, p. 10.
1886. — TARNIER et BUDIN, *Traité de l'art des accouchements*, t. II, pp. 428 et 457.
1888. — FOCHIER, *Lyon médical*, 13 mai 1888, p. 58.
1888. — FREUND, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, t. XVII, p. 110.
1889. — MARTIN, *Ibid.*, t. XX, p. 113.
1891. — MURPHY, *British med. journal*, 10 octobre 1891, p. 795.
1892. — FRITSCH et MÖLLER, *Centralbl. f. Gyn.*, 1892, n° 6, p. 97.
1893. — MACKENROD (E. Hernandez), *Traitement du cancer de l'utérus gravide*, in-8°. Paris 1893, Steinheil, édit., p. 29.
1893. — ROSSI, *Ann. di Ostet. e Ginec.*, Milan, t. XVI, p. 74.
1894. — CARUSO, *Ibid.*, 1892 et 1894.
1895. — RIEPPI, *Ibid.*, 1895, n° 12.
1895. — SCHAUTA, *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, t. II, p. 152.
1895. — VON OTT, Saint-Petersbourg, *Journal mensuel d'obst. et de gynec.*, t. III, p. 166.
1895. — FEHLING, *Répertoire annuel sur le progrès de l'obstétrique et de la gynécologie*, 1895. Wiesbaden, t. II, p. 345.
1895. — DOWMANN, *Nederland. Tydschrift v. Generik.*, t. II, n° 19, 1895.
1896. — LANNELONGUE, *Documents sur l'hystérectomie*, 1896, p. 96.

1896. — GUERMONPREZ, *Ibid.*, p. 177.
1896. — KÜFFERATH, *Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obstétr.*, 1896, n° 9, p. 192.
1897. — VARNIER et DELBET, *Annales de gynécologie*, 1897, 1^{er} semestre, p. 102.
1897. — Ch. MONOD, *Ibid.*, p. 129.
1897. — PANTALONI, *Arch. provinciales de chirurgie*, t. VI, n° 2, p. 118, 1^{er} février 1897.
1897. — PINARD et SEGOND, *Annales de gynécologie*, 1897, 1^{er} semestre, p. 97.
1897. — MOUCHET, *Ibid.*, 2^e semestre, p. 80.
1897. — GUTIEREZ, *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, août 1898, pp. 616 et 623.
1898. — TISSIER, *Presse médicale*, 1898, n° 14, p. 69.
1899. — VAUTRIN et SCHUHL, *l'Obstétrique*, mars 1899.
1899. — BELLOY (DU), *Résultats immédiats et éloignés de la symphyséotomie*, thèse de Paris, 1899.
1899. — WERTHEIM, *Wiener klinische Wochenschrift*, 1899, n° 25, p. 681.
1899. — MONPROFIT, *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, juin 1899, p. 395.
1899. — RICQUOIS, *Étude comparée des résultats de la symphyséotomie et de l'opération césarienne dans les bassins viciés*, thèse de Paris, 1899.
1899. — RICHELLOT, *Congrès international de gynécologie et d'obstétrique*, Amsterdam.
1899. — TUFFIER et BONAMY, *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1899.
1900. — DELAGÉNIÈRE, *Annales d'obstétrique et de gynécologie*, 1^{er} février 1900, p. 1.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	5
PLAN	8
HISTORIQUE	9
OBSERVATIONS	14
INDICATIONS	77
PRONOSTIC	92
PARALLÈLE ENTRE L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE, LA SYMPHYSEOTOMIE, L'OPÉRATION CÉSA- RIENNE ET LE PORRO	97
CONCLUSIONS	167
GRAVURES	109
BIBLIOGRAPHIE	113

